Docteur RAYMOND BÉGHIN

Contribution à l'Etude des Tumeurs bénignes du Placenta

(Chorio-angiomes)

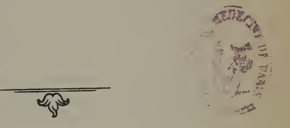
1925

Docteur Raymond BÉGHIN

Contribution à l'Etude des

Tumeurs bénignes du Placenta

(Chorio-angiomes)



1925

INTRODUCTION

Avant d'aborder l'étude des angiomes placentaires, nous croyons utile de reprendre rapidement celle de la formation du placenta. Ces éléments embryologiques nous seront d'une grande utilité pour l'interprétation de ces tumeurs.

Le trophoblaste
Le chorion et la formation du placenta

1° Les modifications embryonnaires du chorion

Le chorion est une annexe embryonnaire d'une importance considérable. Il donne naissance au placenta et c'est par son intermédiaire que se font les échanges nutritifs de l'embryon ; c'est aussi un organe de fixation.

Nous croyons superflu de reprendre les modifications de l'œuf depuis la fécondation. Nous supposerons connues toutes celles qui précèdent l'édification du deuxième chorion (segmentation, cellules végétatives et animales, stades morula, blastula... plongeon de l'ébauche fœtale, formation de l'amnios...).

Le chorion est initialement représenté par le trophoblaste, simple épithélium qui constitue la couche enveloppante de la blastula ; c'est l'ectoderme qui est constitué par une seule assise de cellules qui ne tardera pas à se stratifier.

D'abord epithélium simple, le trophoblaste ne devient chorion qu'après avoir contracté des rapports très intimes avec le mésoderme pour commencer et avec l'allantoïde ensuite : du premier, le trophoblaste reçoit son tissu conjonctif, de la seconde il reçoit ses vaisseaux. Ainsi représenté par son épithélium, son tissu conjonctif et ses vaisseaux, le trophoblaste change de nom et reçoit celui de chorion. Dès sa formation, le chorion commence à édifier des organismes très importants : les villosités.

Déjà sur le trophoblaste se forment de petites élévations épithéliales qui font saillie à la périphérie de l'œuf, les villosités choriales sont alors ébauchées. A ce stade trophoblastique, l'épithélium ectodermique de l'œuf possède des propriétés histolytiques particulièrement intéressantes puisque c'est grâce à elles que l'œuf, arrivant dans la cativé utérine, peut se fixer sur la paroi de l'organe gestateur. Ce sont ces petites élévations épithéliales qui traumatisent la muqueuse utérine, pénètrent après effraction à l'intérieur même de la muqueuse et s'y logent dans une véritable hémorragie maternelle.

Dans sa cavité ovulaire, l'œuf continue son développement et le chorion se hérisse de villosités non plus épithéliales mais de constitution beaucoup plus complexe.

Toute la surface du chorion se recouvre de villosités, les unes sont libres, les autres faiblement adhérentes aux parois de la loge ovulaire.

A cette période, le mésoderme est venu doubler la face profonde du chorion et a envoyé dans chacune des

villosités des prolongements conjonctifs. La villosité se trouve alors constituée par un épithélium de revêtement et par une armature conjonctive centrale. C'est le stade dit embryothrophique de l'œuf.

Peu après, la vésicule allantoïde, qui a poussé dans le cœlome externe, arrive au voisinage du chorion et le double à sa face interne, la vascularisation allantoïdienne s'opérant, l'axe conjonctif des villosités est abordé puis envahi par des vaisseaux.

Cet envahissement vasculaire se produit à une époque variable suivant les auteurs : pour Keiffer ce phénomène se produirait à la fin de la deuxième semaine; pour Branca vers la sixième, septième semaine ; pour Paladino cette vascularisation des villosités se produirait vers la quatrième semaine.

Donc sur toute l'étendue de l'œuf se trouve des villosités plus ou moins tenues, plus ou moins longues ou ramifiées, représentées par l'épithélium chorial, le tissu conjonctif central et un système vasculaire.

Tous ces phénomènes sont terminés à la fin du premier mois ou au début du second. Dès le second mois, en effet, les villosités n'augmentent plus de nombre. Bien plus, toutes les villosités qui sont en regard de la caduque réfléchie s'atrophient et disparaissent. Au contraire, celles qui répondent à la caduque sérotine augmentent de taille, se multiplient, se ramifient et dans leur ensemble commencent à constituer le placenta.

Le chorion, primitivement touffu sur toute son étendue (placenta partout), se différencie en deux zones nettement distinctes : l'une dépourvue de villosités, c'est le chorion chauve ou chorion lœve, l'autre exagé-

rant sa toison devient le chorion frondosum. A cette période le placenta est ébauché.

Il serait intéressant d'avoir des données précises sur le mode de résorption des villosités du chorion. Certains auteurs (Branca, Briquel...) signalent bien un déplissement du chorion au fur et à mesure que l'œuf opère sa distension.

Telle est, très rapidement schématisée, l'évolution du chorion jusqu'au moment où le placenta se forme. Nous avons négligé, afin de pouvoir y revenir, la constitution histologique du chorion et des villosités en particulier.

a) *Epithélium* : D'abord représenté par une simple assise de cellule, le trophoblaste ne tarde pas à se dédoubler. L'assise cellulaire primitive se recouvre bientôt d'une couche protoplasmique au sein de laquelle on rencontre de nombreux noyaux.

Les cellules nettement limitées, cylindriques, ne sont autres que les cellules de Langhans (1877) ou cytotrophoblaste de Vernhout (1894) : chacune de ces cellules, avec son noyau clair, volumineux, sphérique, se trouve être en rapport, par son pôle supérieur, avec la couche plasmodiale, par sa base, avec le tissu conjonctif du chorion.

La couche plasmodiale, dans laquelle toute individualisation cellulaire est impossible, est semée de petits noyaux très irréguliers disposés sur un ou plusieurs rangs : c'est le plamoditrophoblaste de Vernhout (1894).

b) *Tissu conjonctif* : Le tissu conjonctif chorial est à l'origine purement muqueux, se caractérisant par le grand développement de substance amorphe, par ses

grandes cellules ramifiées à prolongements anastomotiques et quelques fibres grêles et lâches. Il a son origine, avons-nous vu, dans le mésoderme qui vient doubler l'épithélium trophoblastique.

Au cours de l'évolution, ce tissu muqueux, que l'on peut considérer comme la variété la plus jeune de tissu conjonctif, tend à devenir plus fibreux, cette tendance est plus marquée vers la base des villosités et surtout au niveau des gros troncs où l'on voit des fibres lamineuses se multiplier de plus en plus. Les fibres conjonctives se multiplient aussi à la base de l'épithélium, à la périphérie de la villosité.

Au niveau du chorion chauve, le tissu conjonctif reste au stade muqueux avec cellules aplaties à la surface.

c) *Les vaisseaux* : Ils proviennent vers la troisième-quatrième semaine, comme nous l'avons vu, du système vasculaire allantoïdiens qui, aux dépens des vaiseaux allantoïdiens envoient des prolongements dans chaque villosité, et aussi, comme l'a montré Jagerros en 1911, à l'aide des îlots de Wolff qu'elles posséderaient.

Le système vasculaire des villosités se constitue sous forme de capillaires à simple endothélium. Ces capillaires se différencient ensuite en artères et veines ou gardent leurs caractères au sommet et à la periphérie des villosités.

Ainsi donc, nous insistons sur ce fait, la vascularisation de toutes les villosités du chorion se fait par envahissement des capillaires allantoïdiens, et cet envahissement se produit vers la troisième ou quatrième semaine (fin de la deuxième semaine pour Keiffer).

Les villosités choriales extra-placentaires sont donc parfaitement constituées au moment où, après un stade de stationnement, elles commencent à s'atrophier, c'est-à-dire après le deuxième mois.

2° Les modifications de la muqueuse utérine

Au moment où l'œuf tombe dans la cavité utérine, l'utérus a considérablement modifié sa muqueuse ; celle-ci est tuméfiée, congestionnée, épaisse d'un centimètre (Branca), ses glandes s'allongent et se pelotonnent ; elle semble être trop grande pour la cavité utérine, elle se vallonne, présente des saillies épaisses, œdématiées. C'est dans un des sillons que l'œuf fécondé va faire sa nidation, comme l'ont montré Caste, Robin et Delporte.

Peters, en 1899, montra qu'à ce moment l'œuf pénètre à l'intérieur même de la muqueuse par effraction. Les propriétés histolytiques des cellules de l'ectoderme chorial entrent en jeu et corrodent la surface utérine. Les recherches de Von Spee pour l'ovule de cobaye sont absolument démonstratives. Après avoir creusé son nid dans la muqueuse, l'œuf se trouve plongé dans une véritable hémorragie maternelle, la muqueuse se cicatrice au-dessus de l'œuf qui se trouve enfoui en plein tissu maternel, en une véritable « chambre ovulaire ».

Cette théorie de Von Spee et Peters rallie la grande majorité des auteurs : Marchand, Teacher, Bryce, Delporte....

Après « nidation » de l'œuf, la muqueuse utérine

présente trois parties absolument distinctes aux stades initiaux du développement :

a) Une caduque utérine qui tapisse toute la cavité : c'est la caduque directe.

b) Une caduque inter utéro-placentaire ou caduque sérotine.

c) La caduque réfléchie.

De beaucoup la plus importante est la caduque sérotine, c'est elle qui constituera la portion maternelle du placenta.

Depuis quelques années seulement nous connaissons les phénomènes dont la caduque sérotine est le siège. Nous devons cette connaissance aux travaux de V. Spee (1896), de Peters (1899), de Duval et aux études d'œufs très jeunes faites par Merttens (1894), Eternod (1898), Beneke (1904), Rossi Doria (1905), Léopold (1906), Frassi (1907), Jung (1908), Fetzer (1901), Debeyre (1911), Delporte (1912).

Au moment de sa nidation, l'œuf détruit la muqueuse utérine et se nourrit des produits de désagrégation du tissu maternel (cellules déciduales, globules rouges et blancs, épithélium glandulaire, lymphe...). C'est le stade dit « enbryotrophique ».

Puis les villosités choriales de la région placentaire se multipliant, se ramifiant, exagérant leurs propriétés histolytiques, plongent à l'intérieur de la caduque sérotine, corrodent les vaisseaux qui saignent dans les espaces intervilleux.

Les villosités choriales, comme les villosités intestinales dans le chyme, baignent dans ce liquide nutritif

complexe qu'est le sang mêlé de lymphe et des débris cellulaires maternels. C'est le stade de la nutrition « hémotrophique ».

Une hémorragie maternelle limitée tel est le milieu où l'œuf va puiser ses éléments nutritifs jusqu'au terme de la gestation.

Mais le sang de cette hémorragie a pour caractère particulier d'être sans cesse en communication avec le reste du sang maternel ; déversé par les artères dans les lacs sanguins intervilleux, il est ensuite repris par les veines. En un mot il s'agit bien, comme l'a dit M. Duval, d'une véritable « Hémorragie circulante ».

Cette circulation sanguine un peu particulière n'est autre qu'une circulation lacunaire.

D'autre part, le sang qui arrive dans ces espaces y afflue, non seulement avec ses propriétés chimiques, mais aussi avec ses propriétés mécaniques, c'est-à-dire sa pression : la pression sanguine.

Sans doute la pression sanguine est fortement diminuée au niveau des lacunes intervilleuses, elle demeure cependant plus grande que la pression sanguine intraveineuse. On peut donc affirmer qu'il existe une pression sanguine intervilleuse d'origine maternelle au moins égale à la pression veineuse de la mère.

La partie maternelle du placenta, originellement représentée par la caduque sérotine, se trouve ainsi constituée.

Le placenta, qui est constitué au troisième mois, résulte de l'accolement des deux parties que nous avons envisagées, d'une part le chorion frondosum qui représente

la portion fœtale du placenta, d'autre part la caduque sérotine transformée qui en représente la portion maternelle.

A 3 mois 1/2, par exemple, nous aurons un organe placentaire limité du côté fœtal par une basale choriale, du coté maternel par la lame basale utérine doublée d'une couche glandulaire aux dépens de laquelle se fera le décollement du placenta au moment de la délivrance. Entre ces deux limites se trouve un système de villosités très ramifiées nageant dans des lacs sanguins, entre ces villosités des cloisons d'origine utérine, non ramifiées, trop courtes pour rejoindre la basale choriale et qui prennent naissance en regard des sillons intervilleux.

Entre ces deux systèmes existe une nappe sanguine d'origine maternelle alimentée par les artères de la muqueuse utérine et drainée par les veines correspondantes.

Tel est le schéma du placenta constitué.

Cette histoire embryogénique du chorion et du placenta est manifestement incomplète.

Notre but était très simple : celui de rappeler rapidement les faits embryologiques indispensables pour comprendre la signification des tumeurs bénignes du placenta.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE ET OBSERVATIONS

Les tumeurs bénignes du placenta sont rares.

M. le Professeur Bué, qui estime à 30.000 le nombre des placentas examinés par lui ou ses élèves, n'a jamais rencontré une seule de ces tumeurs. Lorsque nous présentâmes notre observation à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Lille, MM. les Professeurs Vanverts et Paucot furent vivement intéressés par cette anomalie. C'est la première tumeur de ce genre qu'examine M. le Professeur Curtis. Schickelé en signale deux à sa connaissance sur 20.000 accouchements.

Les recherches que nous avons pu faire, ayant pour but de réunir le plus grand nombre possible d'observations de tumeurs bénignes du placenta, nous ont permis d'en découvrir 63. Il est certain que ce chiffre est de beaucoup inférieur à la réalité et que la proportion de trois tumeurs pour 50.000 accouchements est insuffisante. En effet l'examen des placentas est fréquemment négligé par les praticiens ou les sages-femmes, beaucoup de tumeurs placentaires ont pu passer inaperçues, ou n'ont pas été publiées.

Dans les cliniques obstétricales, l'examen des placentas est fait systématiquement et avec beaucoup de soins, les anomalies en sont presque toujours décrites

minutieusement et cependant le nombre de ces observations est minime.

Remarquons que l'attention des accoucheurs s'est portée sur les tumeurs placentaires depuis 1903. Avant cette date, on peut dire que les néoformations du placenta de ce genre intéressaient bien peu les médecins qui ne les signalaient qu'au titre de pures curiosités, sans émettre d'explications.

Nous rapportons toute une série d'observations dont la première, attribuée à John Clarke, date de 1798. Ce premier cas est resté dans l'oubli jusqu'en 1844, époque à laquelle Rokitanski et Lœbl publièrent un rapport dans lequel est posé le diagnostic douteux de myxome fibreux. Puis, jusqu'en 1898, se succèdent, d'une façon très irrégulière, un certain nombre d'observations dont les diagnostics mériteraient d'être révisés. Les cas d'angiomes placentaires dominent cependant et nous croyons avec Dienst, Brindeau, Durante, que les cas de myxomes, fibromes, sarcomes, peuvent être considérés plutôt comme des angiomes plus ou moins dégénérés.

Plus tard, Albert, Dienst, Benecke et Pitha ont essayé de reprendre certaines de ces tumeurs et de compléter leur étude. Ces auteurs attirèrent l'attention des accoucheurs sur ces anomalies placentaires ; cependant leur nombre reste encore très petit et Schickelé, dont le travail date de 1923, fixe à une centaine le nombre maxima des cas de tumeurs bénignes du placenta signalés dans toute la littérature médicale. Nous croyons ce chiffre un peu exagéré, et pour notre compte personnel nous l'estimons à 80 au maximum.

On conçoit facilement qu'un nombre aussi restreint d'observations n'ait pas amené de nombreux travaux d'ensemble d'autant plus que, cliniquement, ces placentas anormaux jouent un rôle très effacé et que les complications qu'ils sont susceptibles de provoquer sont minimes. Nous citerons, en France, le travail de Briquel en 1903, celui de Planchu et Savy en 1913, des observations très détaillées que nous devons à Brindeau, Nattan-Larrier, Funck Brentano, Durante, Lacassagne et Vignes. En Allemagne, les études de Storch, d'Albert, d'Arthur Dienst, de Kummer, Yamato et R. Meyer ; ces auteurs étudièrent de très près les angiomes placentaires et essayèrent d'en donner l'étiologie et la pathogénie.

Le travail de Pitha, de Prague, en 1906, constitue le dernier travail d'ensemble qui soit à notre connaissance. Nous y fîmes d'ailleurs de nombreux emprunts.

Depuis, à part quelques réflexions que font les auteurs à la suite des observations qu'ils rapportent, nous n'avons pas rencontré de revue notable de la question.

En 1924, Schickelé, de Strasbourg, à propos de trois observations nouvelles, apporte des notions particulièrement intéressantes et nous fixe sur la nature des tumeurs angiomateuses du placenta.

Nous résumons brièvement et dans l'ordre chronologique, toutes les observations qu'il nous fut possible de retrouver ; nous avons cru utile de rapporter presque in extenso, certaines descriptions histologiques particulièrement intéressantes.

OBSERVATION I (Clarke, 1798)

Tumeur ayant la forme d'un rein, de 11 centimètres sur 7,5 sur 7,5, encapsulée, de consistance charnue ; surface de section marbrée.

Enfant né à terme, accouchement normal.

Hydramnios (*sept litres*).

Diagnostic : *angiome.*

OBSERVATION II (Lœbl-Rokitanski, 1844)

Tumeur comme une tête d'enfant, située entre l'amnios et la face interne du placenta, près du cordon ombilical : fibroïde.

Réétudiée par Breus.

Diagnostic : *myxome fibreux* (?).

OBSERVATION III (Harper, 1852)

IV-pare de 25 ans.

Enfant vivant né à terme, normal.

Au cours de la délivrance (?) *forte hémorragie* ayant imposé un décollement digital du placenta.

Dans la partie du placenta adhérente au fond de l'utérus existe une tumeur ferme, de consistance charnue à la périphérie, analogue à du mortier sec au centre.

Diagnostic : *fibrome* (?).

OBSERVATION IV (Virchow, 1863)

Enfant *prématuré* né au septième mois, vivant.

Au cours de la délivrance, *hémorragie profuse.*

Masse recouverte par le chorion, grosse comme un poing, formée par un noyau (œuf de pigeon) où s'insèrent par des pédicules plus ou moins longs des nodosités de la grosseur d'une noisette à un grain de chénevis.

Diagnostic : *myxome fibreux du placenta* (?).

(Tissu aréolaire, riche en noyaux, analogue au tissu du cordon, avec nombreux vaisseaux à paroi épaisse).

OBSERVATION V (Hildebrandt, 1868)

Primipare de 20 ans.

Hydramnios (périmètre de l'abdomen : 1 m. 08.)

Enfant né vivant à 8 mois ½, mort après 24 heures (aucune lésion à l'autopsie).

Accouchement normal (hydramnios).

L'ensemble du délivre présente :

Membranes très épaisses, insertion marginale du cordon. A 3 cent. du bord, tumeur comme le poing, revêtue de villosités, formée de deux lobes de consistance et de coloration différente (l'un myxomateux, l'autre fibreux, tous deux très vascularisés. Amas dans la veine efférente du cotylédon).

Diagnostic : *myxome fibreux du placenta* (?).

OBSERVATION VI (Hyrtl, 1870)

L'auteur porte le diagnostic d'*hyperplasie conjonctive du placenta*.

Il s'agit d'un cotylédon gros comme un œuf de pigeon, analogue à un condylome, formé par de petites languettes, pâles, arrondies.

OBSERVATION VII (Hyrtl, 1870)

Primipare de 34 ans. Enfant à terme normal en présentation du siège.

Le placenta présente deux tumeurs encapsulées appendues à un long pédicule vasculaire, enroulé autour d'elles : la plus petite avec des encoches superficielles, l'autre lobulée de la grosseur d'une noix.

A l'examen histologique, l'auteur trouve des noyaux allongés, fusiformes, dans une substance fondamentale granuleuse.

Il fait le diagnostic de *sarcome* (placenta in placenta) (?).

OBSERVATION VIII (Hyrtl, 1870)

Enfant né à terme, *macéré*.

Il s'agit d'une tumeur pédiculée, grosse comme le poing, à surface lisse.

A l'examen microscopique : cellules ramifiées anastomosées ; faisceaux d'éléments fusiformes. *Nombreux vaisseaux.*

Diagnostic : *sarcome* (placenta in placenta) (?).

OBSERVATION IX (Goodhart, 1877)

Primipare accouchant à terme d'un enfant normal, sans complication.

Le placenta présente entre le chorion et la caduque, une tumeur lobulée, *très riche en vaisseaux.*

Microscopiquement, il s'agit d'un tissu conjonctif sans structure ; une partie en trainées, l'autre, hyaline avec noyaux irréguliers. Le diagnostic fait par l'auteur est le suivant : ou bien *caillots organisés, ou bien fibromyxome de l'utérus à siège intraplacentaire* (?).

OBSERVATION X (Storch, 1878)

VIII-pare de 37 ans, accouche à terme d'un enfant petit, maigre, qui meurt quelques heures après.

L'accouchement et la délivrance sont normaux. Le placenta pèse 1 kil. 140.

Sur sa face fœtale existe une masse à surface irrégulière de 15 cent. sur 9 cent., recouverte par le chorion, pénétrée par les vaisseaux du cordon formée par un grand nombre de noyaux pédiculés, encapsulés.

Au microscope, les coupes présentent des réseaux de faisceaux myxomateux, avec, dans les mailles, d'énormes amas de cellules rondes.

Diagnostic : hyperplasie cellulaire ou bien *hypertrophie de la substance fondamentale des villosités* (?).

OBSERVATION XI (Storch, 1878)

Enfant vivant à terme.

Accouchement normal.

Près de l'insertion centrale du cordon, tumeur ovoïde de 3 cent. de diamètre, à surface lisse, de consistance ferme.

Diagnostic : hyperplasie cellulaire ou *hypertrophie de la substance fondamentale des villosités* (?).

OBSERVATION XII (Storch, 1878)

Enfant vivant à terme.

Accouchement spontané.

Au bord du placenta, tumeur lisse de 2 cent. 5 de diamètre, à surface taillée à facette.

Même diagnostic que pour les deux cas précédents.

OBSERVATION XIII (Hogden, 1879)

Enfant à terme, vivant.

Tumeur placentaire à surface lobulée de 3 pouces sur 1 pouce, pénétrée par deux gros vaisseaux, une veine et une artère ; revêtue par l'amnios, logée dans une dépression du placenta.

Diagnostic : *fibromyxome du placenta* (?).

OBSERVATION XIV (Breus, 1880)

Primipare de 19 ans. Accouchement *prématuré* à sept mois, d'un fœtus mort au bout de quelques minutes, pesant 1 kil. 100.

Le placenta présente une tumeur lobulée, grosse comme la moitié du poing, jaune rougeâtre, élastique, une partie étant plus ferme, encapsulée. Autres petits noyaux disséminés dans le placenta.

Histologie : tissu conjonctif très abondant à cellules étoilées. *Très nombreux capillaires.* Vaisseaux entourés d'une gangue épaisse.

Diagnostic : *myxome fibreux* (?).

OBSERVATION XV (Breus, 1880)

Grossesse gémellaire. Accouchement prématuré au huitième mois, normal, deux jumeaux vivants.

Tumeur placentaire identique à la précédente.

Diagnostic : *myxome fibreux.*

OBSERVATION XVI (Breus, 1880)

Primipare de 22 ans. Accouchement à terme d'un enfant de 2 kil. 800.

Au bord du placenta, à distance du cordon, tumeur bien limitée, lobulée, gris-rougeâtre.

Même structure que les deux cas précédents avec des endothéliums des capillaires en prolifération.

Diagnostic : *myxome fibreux* (?).

OBSERVATION XVII (Marduel, 1882)

Vers l'insertion du cordon existe une tumeur du volume d'un œuf de poule sans changement de coloration de la surface amniotique. A la coupe, au niveau de la tumeur, on trouve un gros caillot de sang enkysté (?), en d'autres points du placenta on rencontre un semis d'épanchements sanguins.

Ce placenta provient d'une femme atteinte d'hydramnios, dont le ventre mesurait 108 centimètres de circonférence et qui a accouché à huit mois d'un fœtus pesant 1.500 grammes porteur d'une tumeur érectile du lobule du nez assez grosse.

L'observation ne porte pas de diagnostic, ni d'examen anatomo-pathologique.

Briquel porte le diagnostic « rétrospectif » de myxome fibreux du placenta (?).

OBSERVATION XVIII (Galabin, 1882-1885)

Tumeur ferme, grosse comme un cœur humain, avec revêtement épithélial analogue à celui des villosités.

Histologie : tissu fasciculé à la périphérie, au centre cellules rondes ou fusiformes (?).

Diagnostic : fibrome ou fibrosarcome (?).

OBSERVATION XIX (Auvart, 1888)

Femme de 21 ans. Avortement antérieur à trois mois.

Accouchement prématuré forcé au huitième mois pour coma éclamptique.

Délivrance normale sept minutes après extraction du fœtus, écoulement sanguin normal.

Enfant mort, pèse 2.910 grammes et mesure 49 centimètres.

Le placenta présente les particularités suivantes :

Cordon inséré latéralement à deux centimètres du bord placentaire.

Au premier abord, la surface utérine ne présente rien de particulier, mais en palpant cette surface on s'aperçoit qu'à deux centimètres du bord placentaire existe un noyau induré de la grosseur d'une noix environ, tandis que tout autour le placenta présente sa mollesse normale. Cette tumeur a la consistance du fibrome, elle peut être très facilement énucléée.

Après cette énucléation, on a un noyau absolument lisse et relié au fond de la cavité où il était logé par un mince pédicule de 4 centimètres de longueur dans lequel transparaissent deux petits vaisseaux. La cavité est limitée par du tissu placentaire normal.

Examen histologique (M. Latteux).

A la coupe, tissu rosé dur rappelant tous les caractères du fibrome.

a) Tissu conjonctif fibreux parsemé d'assez nombreux éléments embryonnaires et très denses en certains points.

(*b*) Nombreux orifices sanguins, de volume très variable, quelques-uns formant de véritables dilatations vasculaires remplies de sang.

c) En quelques points assez restreints, traces de régression granulo-graisseuse.

En somme l'aspect du tissu est caverneux et présente, au premier coup d'œil, l'apparence de l'angiome. Hypertrophie simple des éléments qu'on trouve pritimivement dans la région.

Diagnostic : fibrome angiomateux ou *angiome fibreux.*

OBSERVATION XX (Guéniot, 1888)

Primipare, accouche prématurément à sept mois sans cause extérieure connue. Présentation O. I. G. A. Travail actif et régulier. Perforation des membranes. Enfant de 1.950 grammes.

Délivrance normale avec tendance hémorragique (250 gr. de sang).

Quantité de liquide amniotique évaluée à 600 grammes.

Suites de couches normales.

Délivre complet. Cordon 45 centimètres, gras, offrant à 4 centimètres de son extrémité ombilicale, un renflement de la grosseur d'un œuf de poule dû à l'accumulation de la gélatine de Warthon.

Membranes nettement perforées, placenta inséré sur le segment inférieur de l'utérus à une faible distance de l'orifice cervical,

Placenta en raquette, le cordon s'insère à quelques centimètres de sa circonférence. Dimensions normales, apparence normale dans toutes ses parties sauf celle qui correspond à l'insertion du cordon ; il existe à ce niveau, dans l'épaisseur même du placenta, une tumeur du volume d'une mandarine sur la périphérie de laquelle les gros vaisseaux du cordon s'étalent en rayonnant sans pénétrer dans sa substance. Le tissu placentaire contigu ne paraît nullement altéré. Cette tumeur est ferme sans dureté à la coupe, elle est rouge et offre l'aspect charnu d'un gésier de gallinacé. On dirait qu'il s'agit d'un myome ou d'un sarcome. C'est même ainsi qu'elle fut qualifiée par Ranvier, lorsque la tumeur lui fut présentée toute fraîche quelques heures après la délivrance.

De Sinety en pratiqua l'examen histologique : « il s'agit d'une tumeur presque uniquement formée de capillaires sanguins reliés entre eux par du tissu conjonctif composé de fibrilles et d'un assez grand nombre de cellules. Il existe par place des travées fibreuses contenant de gros vaisseaux. La surface de la tumeur se trouve revêtue d'un endothélium semblable à celui des villosités placentaires.

« Il ne s'agit ni d'un fibrome, ni d'un sarcome vasculaire. La tumeur n'est autre qu'un amas de villosités placentaires déviées de leur type normal, c'est un produit de transformation de ces mêmes villosités. Quant à la cause de cette transformation, je l'ignore absolument » (Guéniot).

Cette femme eut deux autres accouchements ; dans les deux cas, le placenta n'offrit ni tumeur ni anomalie d'aucune sorte.

OBSERVATION XXI (Kramer, 1890)

III-pare de 25 ans.

Œdème des jambes.

Dans les urines, cylindres granuleux et petite quantité d'albumine.

Accouchement prématuré au septième mois de *deux jumeaux* de 36 et 38 centimètres, morts peu après. Le premier placenta est normal.

Hydramnios du deuxième œuf (6 litres 1/2).

Le deuxième placenta présente deux tumeurs brunâtres, de consistance ferme, un peu élastique, de 9-8 et 6 centimètres et 5-3 et 2 centimètres faisant saillie à la face fœtale, libres du placenta, revêtue seulement par le chorion, peu adhérent.

Histologie : cellules peu nettes, souvent fusiformes, à noyaux ronds ou allongés. Tissu fibrillaire à la périphérie.

Grande vascularisation.

Diagnostic : *fibrome du chorion.* (?)

OBSERVATION XXII (Ackermann, 1891)

Il s'agit d'une tumeur grosse comme une cerise présentant une structure identique à la précédente.

Diagnostic : *fibrome du chorion.* (?)

OBSERVATION XXIII (Alin, 1891)

III-pare de 29 ans, accouche à terme d'un enfant vivant de 2 kil. 950.

L'accouchement et la délivrance normaux. Placenta de 640 gr. présentant sur son bord deux tumeurs fermes, la plus grosse a les dimensions d'un œuf de poule.

Elles sont formées par l'agglomération de petite tumeurs anastomosées et revêtues par l'épithélium du chorion.

Histologie : ces deux tumeurs sont essentiellement formées par des capillaires.

Diagnostic : *angiome simple.*

OBSERVATION XXIV (Alin, 1891)

Primipare de 28 ans. Accouchée à terme d'un enfant de 3 kg. Acouchement et délivrance normaux. Placenta de 680 grammes portant sur son bord une tumeur rouge-brune, ferme, de la grosseur d'une noix, revêtue, par l'épithélium du chorion.

Histologie : vaisseaux de tous calibres à dilatations fusiformes et ampullaires. Faisceaux élastiques, éléments conjonctifs étoilés.

Diagnostic : *angiome.*

OBSERVATION XXV (Alin, 1891)

Enfant à terme, vivant.

Sous la caduque, revêtue par un épithélium à une ou plusieurs couches, et encapsulées, existent deux tumeurs, l'une de la grosseur d'un haricot, l'autre comme une noix.

Histologie : tissu myxomateux avec *très nombreux capillaires.*

Diagnostic : *angiome du placenta.*

OBSERVATION XXVI (Alin, 1891)

III-pare de 24 ans. Accouchement à terme d'un enfant vivant.

Sur le placenta existe une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule faisant bomber les membranes, située entre le bord et le centre du placenta. Le pédicule est formé par des vaisseaux, la consistance molle, la surface de section rouge-grisâtre.

Histologie : tissu conjonctif *très vascularisé*, de nombreux vaisseaux étant comprimés, étouffés par des cellules allongées à gros noyaux, en état de prolifération intense. Une partie est myxomateuse.

Diagnostic : *myxofibrome très vascularisé.*

OBSERVATION XXVII (Lazarewitch, 1892)

Primipare. Enfant vivant. Accouchement normal. Extraction manuelle du placenta.

Tumeur mamelonnée, grosse comme une tête d'enfant, presque aussi ferme qu'un myome, limitée en partie par l'utérus, en partie par une membrane, enchatonné dans le placenta comprimé à son niveau.

Histologie : tissu conjonctif jeune et cellules fusiformes, irrégulières, faisceaux de fines fibrilles.

Diagnostic : *myxome fibreux.*

OBSERVATION XXXIII (V. Steinbuchel, 1892)

IV-pare de 40 ans. Au cours de la grossesse, dyspnée très marquée, œdème, liés à de l'hydramnios. Il s'agit d'une *grossesse gemellaire.*

Accouchement normal :

Premier fœtus, né à terme, vivant, de 39 cent. 5 de longueur, pesant 1 kil. 226.

Deuxième fœtus. *hydrocéphale*, meurt une demi-heure après son expulsion.

Premier œuf : normal.

Deuxième œuf : *hydramnios.*

Le placenta est unique. pesant 1 kil. 620, mesurant 32 centimètres sur 25 cent. 5.

Près de l'insertion du cordon du deuxième enfant se trouve trois tumeurs intraplacentaires, grosses comme une noix, ferme, brun-rougeâtre, dont les vaisseaux rejoignent ceux du cordon.

Histologie : une partie est très vascularisée, d'aspect caverneux. d'autres sont fournies par un tissu délicat, à éléments ramifiés.

Il existe d'autres tumeurs, l'une comme une orange, les autres d'une noisette à un œuf de pigeon.

Diagnostic : *myxome fibreux.* (*?*)

OBSERVATION XXIX (V. Steinbuchel, 1892)

VII-pare de 57 ans.

Accouchement spontané.

Extraction manuelle du placenta pour *forte hémorragie.*

Placenta de 27 centimètres de diamètre, présentant entre la caduque et le chorion une tumeur à surface lobulée de 12 cent. 5 sur 9 cent. 5. A la coupe, nombreux nodules rouge foncé, séparés par du tissu gélatineux transparent.

Histologie : membranes et cloisons conjonctives avec éléments à gros noyaux et protoplasme ramifié ; *très nombreux capillaires* et vaisseaux parfois entièrement juxtaposés.

Diagnostic : *myxome fibreux du placenta.*

OBSERVATION XXX (Bode-Schmorl, 1895)

III-pare de 26 ans. Accouchement prématuré à sept mois d'un fœtus mort-né, macéré.

Forte hémorragie de la délivrance.

Expression du placenta. Curage et tamponnement.

Entre l'amnios et le chorion existe une tumeur grosse comme le poing, encapsulée.

Histologie : vaisseaux et traînées conjonctives disposées en faisceaux : cellules rondes souvent fusiformes, parfois étoilées.

Dégénérescence hydropique ou muqueuse dans les parties centrales :

Diagnostic : *fibrome riche en éléments cellulaires.*

OBSERVATION XXXI (Léopold, 1895)

L'auteur signale, à propos de la présentation de Bode et Schmorl (Gynäkologische Gesellschaft zu Dresden, 11 juin 1895), une tumeur du placenta qu'il eut l'occasion de rencontrer sur les 7 à 8.000 placentas qu'il examina pendant les cinq dernières années, il a porté le diagnostic d'*angiome.*

OBSERVATION XXXII (Mertens, 1895)

Grossesse et accouchement normaux. Enfant mort-né, à terme.

Au bord du placenta, masse néoplasique, lobulée, de 12 centimètres sur 8, formée par des nodules de toute taille, reliée au chorion par un pédicule contenant trois vaisseaux.

Histologie : tissu fibrillaire, *grand nombre de capillaires*, zones de nécroses.

La tumeur est revêtue par une capsule conjonctive et l'épithélium du chorion.

Diagnostic : *hyperplasie des villosités.*

OBSERVATION XXXIII (Von Mars, 1896)

Primipare de 24 ans. Durant la grossesse, dyspnée, douleurs abdominales liées à de l'*hydramnios.*

Accouchement prématuré à 7 mois 1/2 de *deux jumeaux* : le premier vivant (1.500 grammes). le deuxième macéré (hydramnios du deuxième œuf).

Dans le deuxième placenta, tumeur comme une noix, ferme, rouge cerise, de structure alvéolaire. En outre nombreuses petites tumeurs d'un grain de millet à une noisette.

Histologie : capsule conjonctive revêtue par des cellules de la

couche de Langhans et du syncytium ; tumeur cloisonnée ; cellules myxomateuses, structure caverneuse d'angiome. On observe le passage d'une villosité dans la tumeur. (?)

Diagnostic : *angiome myxomateux du placenta.*

OBSERVATION XXXIV (Niebergall, 1897)

Primipare de 29 ans. Accouchement normal à terme d'un enfant vivant. Délivrance normale. Placenta 1.100 grammes. A côté du cordon à insertion centrale, tumeur de 7 sur 6,5 sur 3 centimètres, formée par un amas de nodules. En outre deux autres tumeurs plus petites à la face utérine.

Histologie : Tissu conjonctif fasciculé, tissus *très vascularisés*, tissu muqueux.

Villosités à leur surface, avec passage direct.

Diagnostic : *myxome fibreux télangiectasique disséminé du placenta.*

OBSERVATION XXXV (Orloff 1897)

Primipare de 18 ans.

Albuminurie de la grossesse. Accouchement à terme d'un enfant mort.

Léger degré d'hydramnios.

Sur le placenta : foyers apoplectiques. Il présente en outre une tumeur dure, grosse comme un œuf de poule, à surface lisse.

Histologie : cloisons conjonctives. *Capillaires.* Proliférations endothéliales.

Diagnostic : *angiome avec tissu conjonctif assez abondant.*

OBSERVATION XXXVI (Orloff, 1897)

Primipare de 29 ans. *Accouchements au sixième mois de la grossesse.* Enfant mort au bout de quelques heures. *Hydramnios.*

Sur le placenta et au voisinage de son bord se trouve une tumeur de la grosseur d'une noix.

Elle présente la même constitution histologique que la précédente.

Diagnostic : *angiome avec tissu conjonctif assez abondant.*

OBSERVATION XXXVII (Albert, 1898)

Primipare rachitique de 38 ans.

Accouchement spontané normal à terme d'un enfant vivant.

Insertion marginale du cordon. Au point diamétralement opposé du placenta existe une tumeur de 5 sur 5 sur 26 centimètres, tumeur extra-placentaire, rattachée par un pédicule constitué par un artère et deux veines.

Histologie : revêtement formé par l'épithélium du chorion. Zone périphérique peu vascularisée, fibrillaire, partie centrale formée par des capillaires avec endothéliums épaissis, séparés par du tissu muqueux.

Diagnostic : *angiome fibromyxomateux du placenta.*

OBSERVATION XXXVIII (Albert, 1898)

Multipare de 29 ans. Accouchement normal, délivrance normale.

Sur le placenta : insertion marginale du cordon ; diamètralement opposée au cordon, une tumeur de 5,5 sur 9 sur 11 centimètres, recouverte par les enveloppes et pénétrée par deux vaisseaux, de consistance ferme, lobulée.

Diagnostic : *angiome fibromyxomateux du placenta.*

OBSERVATION XXXIX (Van der Feltz, 1899)

VIII-pare de 41 ans. Grossesse et accouchement normaux.

Il s'agit d'une tumeur comme une mandarine, à la face fœtale, fortement saillante, bilobée et lobulée.

Histologie : capsule fibreuse tapissée par l'épithélium du chorion et revêtue de quelques villosités en voie de nécrose. Tissu conjonctif très dense, à noyaux très nombreux, *très vascularisé.*

Diagnostic : *hyperplasie angiomateuse du chorion.*

OBSERVATION XL (Osterloh, 1899)

Primipare de 18 ans. Accouchement normal.

Au bord du placenta, tumeur comme une petite pomme, encapsulée, à surface lisse, les vaisseaux courant à la surface ; surface de section rouge foncé.

Histologie : capillaires dilatés, dans un stroma très peu abondant, finement fasciculé, à nombreux noyaux.

Diagnostic : *angiome capillaire du placenta.*

OBSERVATION XLI (Benèke, 1899)

Secondipare de 28 ans. Grossesse normale.

Accouchement à terme d'une fille de 2.650 gr. (47 centimètres). *Liquide amniotique très abondant.*

Près du bord du placenta, faisant bomber les membranes, existe une tumeur comme un citron aplati, mesurant : 7,5 sur 6 sur 5 centimètres, reliée au placenta uniquement par un pédicule vasculaire.

Histologie : capsule et cloisons conjonctives, capillaires avec endothélium épaissi. Quelques foyers de nécrose.

Diagnostic : *angiome du chorion.*

OBSERVATION XLII (Dienst, 1900-1903)

XVII-pare, 44 ans. Grossesse et accouchement normaux, enfant à terme, vivant, présentant une cyanose persistante (?).

Liquide amniotique très abondant.

Le délivre présente des membranes épaissies.

A deux centimètres du cordon, qui a une insertion centrale, on trouve une tumeur de 10 sur 8 sur 5 centimètres, revêtue par les membranes, à surface lisse.

Histologie : épaisse couche périphérique de cellules fusiformes, quelques masses polynuclées, nombreux lymphocytes, tissu muqueux.

Capillaires très dilatés et très nombreux, véritables lacunes sanguines en certains points. Quelques foyers de nécrose.

Diagnostic : *angiome capillaire* du placenta (1900). En 1903, l'auteur modifie le diagnostic : *angiome capillaire myxofibreux allantogène du chorion.*

OBSERVATION XLIII (Oberndorfer, 1901)

IV-pare de 35 ans. Accouche à terme d'un enfant de 56 cent. 5, pesant 3 kil. 330, en état d'axphyxie, qui meurt trois quarts d'heure après sa naissance.

L'accouchement aurait nécessité une version et une extraction du fœtus pour présentation de l'épaule.

Délivrance spontanée.

Le cordon est inséré latéralement. Au voisinage de l'insertion du cordon il existe une tumeur comme un œuf d'oie, formée par de nombreux nodules, faisant une saillie de 4 centimètres sur le bord du placenta.

Histologie : stroma fasciculé formant la capsule et des cloisons. Capillaires juxtaposés et très larges. Quelques foyers de nécrose.

Diagnostic : *angiome du chorion.*

OBSERVATION XLIV (Bretschneider, 1901)

Femme de 32 ans, accouchant spontanément d'un enfant vivant présentant quelques petites tumeurs comme une noisette sous la mâchoire inférieure (?).

Le placenta est très volumineux, il porte une tumeur, encapsulée, grosse comme une pomme, distante de deux travers de doigt du cordon.

Diagnostic : *myxome fibreux télangiectasique.*

OBSERVATION XLV (Hojnacki, 1901)

Il s'agit de tumeurs multiples que l'auteur a reconnu comme étant des fibromes avec quelques fibres lisses.

OBSERVATION XLVI (Hœhl, 1902)

Diagnostic : *angiome du placenta.*

OBSERVATION XLVII (Calderini, 1902)

Diagnostic : *myxome fibreux du placenta.*

OBSERVATION XLVIII (DIENST, 1903)

Secondipare de 25 ans, atteinte d'insuffisance mitrale, présente de l'albuminurie et de l'hydramnios pendant sa grossesse qui s'achève au septième mois par l'accouchement d'un fœtus de 36 centimètres pesant 1.240 grammes en présentation du siège.

Le placenta pèse 1.700 grammes. Il porte quatre tumeurs.

1° La plus grosse, formée par trois gros nodules, mesure : 11 sur 10 sur 6 centimètres, le cordon s'insérant entre ces nodules ;

2° Tumeur comme une petite pomme expulsée après le placenta ;

3° Tumeur comme une noix intraplacentaire ;

4° Tumeur de 1,8 sur 1,5 sur 0,4 centimètres sous les membranes, à la face fœtale.

Histologie : capsules conjonctives, tissu muqueux, capillaires dilatés.

Diagnostic : *angiome capillaire myxofibreux allantogène du placenta.*

OBSERVATION XLIX (HAMMER, 1903)

Diagnostic : *fibro-angiome du chorion* (tumeurs multiples).

OBSERVATION L (PITHA, 1906)

Il s'agit du placenta d'un fœtus mort-né avant terme. Presque toute une moitié du placenta était beaucoup plus grosse que l'autre partie, elle était légèrement élevée à la face fœtale du placenta.

La face utérine du placenta avait une apparence tout à fait normale. Seulement, à peu près au milieu de la partie plus épaisse, il se trouvait une défectuosité circulaire du tissu, un peu plus grosse qu'un centime, et par laquelle on voyait la surface de la tumeur, couleur cerise.

Le placenta tout entier fut mis dans une solution de formaline et, lorsqu'il fut durci, on le coupa.

A la coupe, on remarqua, dans la partie plus épaisse du placenta, une formation lobuleuse logée dans un tissu placentaire normal comme dans une enveloppe, et, d'après l'apparence de la coupe, elle se composait d'un tissu compact, ce qui fait qu'elle différait de beaucoup du tissu placentaire poreux. La tumeur était facile à enlever, et elle n'était réunie à son enveloppe que par des fibres filiformes peu résistantes.

A l'enlèvement, la tumeur tomba en petits fragments de la forme de baies facettées. Lorsqu'on préleva de petits morceaux entre la tumeur et le tissu normal pour l'examen microscopique, ce ne fut qu'artificiellement qu'on put tenir réunis ces petits morceaux.

Toute la tumeur n'était en connexion avec le chorion que par un pédicule mince, dans lequel il y avait des vaisseaux aux parois minces.

Dans les parties voisines du placenta, on trouva de petites portions indurées, dont la coupe avait l'apparence compacte de la grosse tumeur.

L'insertion du cordon était presque marginale et à peu près à 3 centimètres du bord de la tumeur.

Du cordon partaient deux gros vaisseaux, chargés de sang, et allant jusqu'au delà du milieu de l'élévation que formait la tumeur sur la face fœtale du placenta.

Des préparations microscopiques des différents endroits de la tumeur, colorées à l'hématoxyline, montrent tous la même structure. Le tissu conjonctif jeune formant le stroma avait l'apparence du tissu conjonctif fibreux du chorion. Les cellules étaient allongées, en quelques endroits étoilées, avec des noyaux ovales ou ronds.

Dans ce tissu, il y avait des orifices de vaisseaux capillaires de grandeur différente, dont les parois étaient formées par des cellules endothéliales. Il y avait aussi par ci par là, des orifices gorgés de sang. Dans la partie superficielle de la tumeur, ces capillaires devenaient toujours plus petits, et enfin, à la surface, ils étaient assez rares.

Dans la couche superficielle, les fibres conjonctives allaient parallèlement à la surface de la tumeur. La surface de la tumeur était couverte d'une couche de cellules de Langhans. Dans le stroma de la tumeur, on trouva en diverses places des pigments.

Autour de la tumeur il y avait des villosités normales, en quelques endroits agglutinés par la fibrine.

OBSERVATION LI (Pitha, 1906)

Il s'agissait d'un placenta déposé au musée depuis quelque temps et conservé dans l'alcool. Les circonstances de la délivrance étaient inconnues.

Le placenta montrait une élévation plate de 6 centimètres de diamètre à proximité de l'insertion marginale du cordon.

Des vaisseaux de la grosseur d'une plume d'oie et gorgés de sang traversaient cette élévation.

La face utérine du placenta avait une apparence régulière. A la coupe, nous avons trouvé une tumeur compacte, de la grosseur d'un œuf de poule, entouré d'un tissu placentaire normal. La tumeur était facile à enlever et était jointe au chorion par un pédicule mince que traversaient des vaisseaux pour aller à la tumeur.

La tumeur présentait une surface lobuleuse. Une moitié de la tumeur fut laissée en jonction avec le placenta et on coupa des morceaux au bord de la tumeur avec des parties normales du placenta.

Dans les préparations, l'auteur ne trouve qu'une structure angiomateuse de villosités hypertrophiées. En de nombreux endroits, il y avait des amas de pigment. Partout, des capillaires gorgés de sang. Entre les capillaires, il y avait des cloisons minces formées de tissu ayant les caractères du tissu chorial. En quelques endroits se trouvaient de gros vaisseaux aux parois minces. Dans la partie superficielle de la tumeur, il y avait des vaisseaux plus petits, et dans la couche supérieure il n'a trouvé que du tissu conjonctif composé de cellules fuselées, parallèle à la surface.

La face supérieure de la tumeur était recouverte d'une couche épithéliale de Langhans.

Dans quelques points de la tumeur on a trouvé des prolongements des parties déciduales composés d'une masse, se colorant difficilement, dans laquelle les cellules déciduales étaient dispersées.

Autour de la tumeur, le tissu prenait la formation d'un soi-disant « infarctus » ; dans des dépôts fibrineux, il y avait des villosités nécrotiques ou presque nécrotiques avec des parties déciduales dégénérées.

OBSERVATION LII (Pitha, 1906)

Il s'agissait d'une tumeur de la grosseur d'une noix logée à la périphérie du placenta, par ailleurs tout à fait normal. Les circonstances de l'accouchement ne sont pas connues.

Deux gros vaisseaux qui sortaient directement du cordon et traversaient la moitié de la surface fœtale du placenta allaient

droit à la tumeur. Le cordon ombilical était inséré presque centralement.

La coupe de la tumeur différait de l'autre partie du placenta par son apparence compacte et était jointe assez largement au chorion. Dans la direction des parties normales du placenta, la tumeur était libre et enlevée de ces parties, elle présentait une surface lobuleuse.

Les observations microscopiques différaient un peu de celles décrites plus haut, par cela même que l'auteur a trouvé une plus grande quantité de tissu conjonctif formé de cellules fuselées rangées en plusieurs directions.

Dans ces cellules, il y avait des noyaux ovoïdes et ronds. Le tissu était plein de petits orifices gorgés de sang. Il était impossible de trouver la présence d'endothélium dans les capillaires. La coupe microscopique avait été faite verticalement vers la face fœtale de la tumeur.

L'amnios n'était pas changé, ni les couches superficielles du chorion dans lequel se trouvaient de gros vaisseaux. Le tissu chorial allait directement au stroma du tissu de la tumeur dont la surface était couverte d'une couche de cellule de Langhans.

Des villosités agglutinées par de la fibrine touchaient à la tumeur et même, dans le voisinage, on pouvait voir des villosités libres ayant la même couverture de cellules de Langhans que la tumeur elle-même.

Les parties centrales de la tumeur se composaient seulement de capillaires aux parois minces.

OBSERVATION LIII (Brindeau et Nattan-Larrier (1908)

Secondipare, grossesse normale, pas d'hydramnios, accouchement à terme d'un enfant pesant 3.650 grammes. Placenta régulier, normal, du poids de 560 grammes, pas d'infarctus appréciable. Le cordon s'insère à 5 cm. du bord. Du côté opposé au cordon, à peu près symétriquement, on remarque sur la face fœtale une tumeur ovoïde à grand axe dirigé dans le sens d'un rayon placentaire. Elle est lisse et recouverte par l'amnios.

On ne voit pas de vaisseaux à sa surface, mais une artère et une veine s'y rendent. La consistance est ferme et plus résistante que le tissu voisin ; la tumeur, qui a le volume d'un petit œuf de poule,

est enchâssée dans le tissu placentaire qui forme autour d'elle une gouttière profonde. On pourrait ainsi l'énucléer complètement, sauf au niveau des vaisseaux qui constituent le hile. A la coupe, la tumeur est assez ferme. Ce tissu ne se laisse pas effriter comme un caillot et l'on voit qu'il est formé par un feutrage de fibrilles.

La tumeur est examinée au microscope. On constate qu'il s'agit d'un *angiome* dont la plus grande partie a subi la nécrose. En quelques points, cependant, il est facile de reconnaître quelques villosités normales et d'autres qui ne sont plus formées que de capillaires énormément distendus.

OBSERVATION LIV (Brindeau et Nattan-Larrier, 1908)

Primipare, grossesse normale à terme. Enfant pesant 3.200 gr., pas d'hydramnios. Placenta pesant 475 grammes.

Le gâteau placentaire est discoïde et ne présente rien de particulier, sauf la tumeur. Celle-ci fait saillie au niveau de la face fœtale, elle consiste en une petite tumeur de la forme et du volume d'un œuf de pigeon, son grand axe est dirigé obliquement par rapport à l'un des rayons placentaires. Elle est distante de 2 cm. de la base d'implantation du cordon qui s'insère au centre de l'organe. La tumeur est lisse, régulière, recouverte par l'amnios.

Elle est presque complètement pédiculée et retenue au placenta par un pédicule vasculaire. La tumeur se loge dans une petite dépression de la face fœtale du placenta. A la coupe, elle rappelle la couleur du tissu cotylédonnaire, mais sa consistance est plus ferme. Elle rappelle assez celle d'un noyau gris. L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un *angiome* typique avec portions fibrinifiées.

OBSERVATION LV (Brindeau et Nattan-Larrier, 1908)

Primipare, grossesse normale à terme, pas d'hydramnios. Enfant pesant 3.150 grammes. Placenta de 450 grammes. Quelques infarctus blancs sous amniotiques. Placenta ovoïde. La tumeur est située à la base d'implantation du cordon; elle est un peu aplatie et rappelle la forme et le volume d'une figue sèche. Elle est d'un rouge violacé et recouverte par l'amnios. Sa surface est lisse et l'on y remarque deux divisions des vaisseaux ombilicaux qui rampent à

sa surface. Son pédicule vasculaire est formé par des vaisseaux qui proviennent directement du cordon.

On peut la mobiliser facilement et l'on voit qu'elle n'est adhérente que par l'amnios qui la recouvre et le pédicule vasculaire. Sa consistance est ferme. A la coupe, la tumeur est d'un rouge foncé. L'observation ne porte pas d'examen histologique.

OBSERVATION LVI (Brindeau et Nattan-Larrier, 1908)

Multipare. Accouchement normal d'un enfant pesant 3.600 gr. *Hydramnios* assez marqué. La délivrance s'est faite spontanément vingt minutes après l'accouchement. Le placenta pèse 750 grammes et contient une grosse tumeur du volume du poing. Elle est ronde et régulière, ressemblant à une petite noix de coco. Sa paroi est lisse, et recouverte par l'amnios. Sa couleur est d'un rouge très foncé, sa consistance dure et élastique. Elle est située à 2 cm. du cordon sur une coupe diamétrale du placenta passant par la tumeur, on voit qu'elle occupe presque toute la place du tissu placentaire. Sa surface amniotique n'est recouverte que par l'amnios, sa face utérine n'est séparée de la caduque que par une coque placentaire d'un demi-millimètre environ. Elle est entourée d'une coque non adhérente, sa couleur est d'un rouge noirâtre ressemblant à un noyau hémorragique ; mais l'on s'aperçoit facilement qu'il ne s'agit pas d'un caillot.

La surface est lisse et brillante, sa consistance ferme et l'on aperçoit au milieu d'elle quelques coupes de vaisseaux thrombosés. Au microscope, il s'agit d'un *angiome* avec capillaires remplis de sang liquide ; beaucoup de vaisseaux sont thrombosés.

OBSERVATION LVII (Funck-Brentano et Durante, 1908)

Secondipare de 25 ans.

Sa première grossesse s'est terminée en 1902 par un accouchement spontané à terme.

La seconde grossesse est du même père qui jouirait d'une excellente santé.

Dernières règles : 25 février-1er mars.

Le début de cette seconde grossesse semble avoir été absolument normal. Ce n'est qu'à partir de la seconde quinzaine d'août que la

femme a vu son ventre augmenter avec une rapidité qui l'a inquiétée, surtout à partir des premiers jours de septembre. En effet, des douleurs ont commencé à apparaître, douleurs dans les reins, dans le bas ventre, accompagnées de fourmillements surtout accusés dans la jambe droite et bientôt de gêne dans la respiration.

Ces troubles ont été en augmentant et se sont caractérisés dans les huit derniers jours.

Le 19 septembre, le fond de l'utérus, dont les parois étaient très tendues, remontait à 34 cm. au-dessus du bord supérieur de la symphyse pubienne. Cet utérus était très développé dans le sens transversal, ce qui fit tout d'abord penser à une grossesse gémellaire. Par le palper, on sentait un pôle balotter au voisinage de la corne utérine gauche, un autre qui semblait être la tête, était senti par le toucher vaginal balottant au niveau de la partie antérieure du segment inférieur. Les bruits du cœur fœtal étaient entendus à gauche et en bas. Les urines ne contenaient pas d'albumine et disons tout de suite que l'on n'a pas trouvé trace de syphilis chez cette femme.

Elle a été admise dans le service, mais malgré le traitement (régime lacté, lavements de chloral, etc.), les douleurs et les troubles n'ont fait qu'augmenter. Elle vomit tout ce qu'elle prend et ne peut plus rester couchée ; aussi le 20 septembre à 4 h. ½ de l'après-midi, se décide-t-on à intervenir.

Le col est dilaté avec des bougies d'Hégar ; au cours de la dilatation, les membranes sont rompues et il s'écoule 5 *litres ½ d'un liquide amniotique* qui a une coloration rouge brun. Un petit ballon de Champetier de Ribes, d'une contenance de 150 grammes, est introduit. Les douleurs apparaissent presqu'aussitôt et le 21 septembre, à 1 heure du matin, la femme expulse un fœtus vivant, du sexe féminin, pesant 1.310 grammes. La délivrance a lieu cinq minutes après, la quantité de sang perdu étant normale.

L'enfant, qui a été immédiatement mis en couveuse, est mort le même jour à 6 heures du soir. Nous avons fait son autopsie avec un grand soin, et n'avons rien trouvé de bien particulier. Les poumons avaient incomplètement respiré, mais ne présentaient pas d'ecchymoses. Le thymus était petit et pesait 3 grammes. Les capsules surrénales étaient petites également. Rien à signaler du côté du cœur, ni au niveau du cerveau, du foie, de l'intestin et des organes génito-urinaires.

Le poids du placenta était de 800 grammes. On peut voir sur sa face fœtale, au niveau du point où s'insère le cordon, l'insertion de ce dernier étant excentrique et se faisant à 4 cm. de l'un des bords placentaires, l'existence d'une tumeur qui, sur le placenta frais, avait absolument l'aspect d'un rein qui aurait conservé à l'âge adulte les bosselures d'un rein fœtal.

Le grand axe de cette tumeur est de 11 cm. 8. alors que son axe transversal, mesuré au niveau de la partie moyenne, c'est-à-dire du point où se fait l'insertion du cordon n'est que de 5 cm. 7. La surface de cette tumeur est lisse et parcourue par des vaisseaux qui partent du cordon et dont quelques-uns ne font que la contourner.

Sur la coupe, cette tumeur a une coloration d'un rouge vineux. Son épaisseur est à certains points de 4 cm. Elle est immédiatement sous-jacente au chorion et pénètre profondément dans les cotylédons placentaires qu'elle refoule, mais sans arriver jusqu'à la face utérine du placenta, dont elle reste séparée par une couche de tissu placentaire d'une épaisseur de 1 cm. ½ environ. Cette tumeur est formée par la réunion d'une série de lobes dont le volume varie de celui d'une noisette à celui d'une petite mandarine et qui sont facilement énucléables. Sa consistance est intermédiaire à celle du rein et des tumeurs fibreuses. Certaines portions sont cependant plus molles, paraissant dégénérées.

Examen histologique : La tumeur est revêtue par un chorion normal qui envoie dans sa profondeur de longues travées la divisant en lobes et en lobules.

I. — Les îlots ainsi délimités plus ou moins nettement ont à un faible grossissement, des apparences très variables.

1° Les uns, fibrineux, sont constitués par un coagulum de fibrine sans organisation apparente au milieu de laquelle on distingue avec peine des éléments cellulaires disséminés mais dégénérés, ne prenant plus les colorations.

2° D'autres, hémorragiques, semblent formés par une nappe régulière de globules rouges. Mais, à fort grossissement, on voit que les éléments du sang sont emprisonnés dans un délicat réseau de cellules qui s'anastomosent les unes avec les autres pour enserrer les hématies dans leurs mailles régulières. On croirait, en certains points, assister à l'organisation d'un caillot par des cellules conjonctives s'infiltrant de la périphérie. Toutefois, la régularité de ce

réseau, qui dessine des petis cercles bien fermés, a plutôt les caractères d'un angiome capillaire dont les vaisseaux, très distendus par le sang, s'accoleraient intimement les uns contre les autres. Mais ici, chaque capillaire n'a pas une paroi propre et souvent une seule épaisseur de cellules sépare deux capillaires voisins. Ces endothéliums à « double face », en rapport de chaque côté avec le contenu d'un capillaire représentant la limite de simplification pour une paroi vasculaire.

3° D'autres lobules ont un aspect franchement angiomateux. Ils sont formés par un champ de capillaires complets ayant chacun leur paroi propre.

La cloison entre deux cavités vasculaires est ici toujours formée au moins par une double paroi endothéliale dans l'épaisseur de laquelle existent encore, le plus souvent, soit quelques noyaux, soit des fibrilles conjonctives. La lumière des capillaires est généralement pleine de globules rouges ; il y en a cependant qui paraissent vides.

4° D'autres lobules, enfin, surchargés de noyaux, ont, à un faible grossissement, une apparence inflammatoire. Mais on y retrouve une disposition analogue à la précédente.

Les noyaux, non pas ronds, mais allongés, appartiennent à des cellules qui dessinent encore des conduits vasculaires. Toutefois, ici, les capillaires sont pour la plupart vides de globules rouges. En outre, ils sont un peu plus espacés, et les trabécules qui les séparent les uns des autres, sont constituées par une substance hyaline ou vaguement fibrillaire riche en cellules à noyau allongé.

On peut assister ici à la formation sur place des vaisseaux aux dépens des cellules vaso-formatives qui, tantôt disposées en demilune, tantôt poussant des pointes, des épines latérales s'unissant pour délimiter les néo-capillaires.

II. *Travées*. — Les plus grosses travées qui subdivisent la tumeur sont constituées par un tissu chorial normal conduisant des vaisseaux fœtaux également normaux pour la plupart.

Dans les travées de second ordre, qui partent soit des précédentes, soit de la face profonde du chorion, on remarque des accumulations ou des traînées de noyaux. Celles-ci siègent surtout dans le tissu conjonctif péri-vasculaire, immédiatement en dehors de la paroi fibro-musculaire du vaisseau demeurée normale, mais elles

s'irradient de là dans le tissu interstitiel voisin. Ces traînées donnent tout d'abord l'impression d'une périartérite inflammatoire se propageant le long d'espaces lymphatiques.

Il ne s'agit pas ici d'éléments inflammatoires embryonnaires, ces traînées sont formées par des cellules dont le noyau ovoïde ou en bâtonnet à une longueur double ou triple de sa largeur. Ces cellules grêles et fusiformes ou pyramidales, triangulaires, s'accolent par leurs extrémités, soit par des épines protoplasmiques transversales, et dessinent ainsi une petite cavité où l'on rencontre parfois un globule rouge. Toutefois, à ce niveau, les capillaires complets sont plus rares que dans les lobules précédents.

Dans les travées de second ordre, les vaisseaux fœtaux présentent souvent une prolifération notable de leur endothélium. Les traînées de cellules vaso-formatives sont plus abondantes et l'on y constate un plus grand nombre de capillaires bien formés. En certains points, un gros vaisseau fœtal se trouve entouré de toutes parts par unc zone d'éléments vasoformateurs constituant, au milieu d'une grosse travée choriale, un petit lobule angiomateux ayant pour centre le vaisseau fœtal. Mais généralement alors, la paroi moyenne de ce vaisseau est plus ou moins envahie par des celules vasoformatives. Ceci est à opposer aux lobules dont nous parlions au début, au centre desquels on ne trouve pas de vaisseau fœtal, soit que celui-ci, peu à peu envahi, ait disparu, soit que le lobule se soit développé entre deux axes vasculaires et non pas autour de l'un d'eux.

Les petites travées, enfin, sont chargées de cellules dessinant des cercles allongés dans le sens de la travée. C'est déjà un tissu angiomateux, mais avec des capillaires plus étroits et une substance interstitielle plus abondante que dans les lobules.

La différence entre ces trabécules et les lobules qu'elles délimitent est plus appréciable avec un faible objectif. A un fort grossissement, trabécule et lobule ont une structure très semblable. En effet, une travée, très visible à un faible grossissement, ne se reconnaît plus qu'à l'intensité un peu plus grande de sa coloration générale due au diamètre un peu plus petit des capillaires et à l'épaisseur un peu plus grande de leurs parois.

La limite entre les lobules et les travées qui les entourent est, du reste, en général, peu nette ; le passage s'effectue progressivement. On voit successivement le tissu chorial s'infiltrer de cellules

vasoformatives, puis celles-ci s'orienter et dessiner d'étroits petits cercles qui grandissent, et qui, vides d'abord, se remplissent peu à peu de sang.

Le passage entre les capillaires ne renfermant que de rares globules rouges et ceux qui, distendus par des hématies forment les nodules hémorraghiques est, par contre, assez brusque, ce qui indique qu'il ne paraît pas y avoir communication entre les cavités capillaires de ces deux zones.

Dans les portions profondes, certaines travées sont formées par un tissu chorial moins dense, très œdémateux, ayant par place l'aspect myxomateux. On retrouve enfin, sur les limites du néoplasme, du tissu décidual reconnaissable et de grosses cellules ; mais ce tissu est nettement indépendant de la tumeur et appartient plutôt au placenta normal qui avoisine la tumeur.

Dans la tumeur elle-même, nous n'avons nulle part traces de villosités normales ou pathologiques.

Tels sont les principaux caractères histologiques de cette tumeur qui s'est développée uniquement dans les travées choriales et ne paraît pas intéresser la portion villeuse du placenta. *Elle rentre dans les angiomes capillaires types*. Mais il est à remarquer que, dans les points angiomateux, on rencontre presque uniquement des coupes transversales de capillaires. Aucun de ces vaisseaux ne se montre en long sur une certaine étendue. Il ne s'agit donc pas là de capillaires enchevêtrés, mais plutôt de petite cavités capillaires accolées les unes aux autres et intercommunicatives, véritable tissu spongieux en nid de guêpes. Ceci est vrai non seulement pour les lobules pleins de sang, mais aussi pour les formations angiomateuses plus jeunes.

OBSERVATION LVIII (Planchu et Savy, 1913)

Enfant mort-né de 1.560 grammes. Poids du placenta, 340 gr. Hydramnios.

1° Examen macroscopique. — La tumeur détachée facilement de sa loge placentaire où elle n'adhère que faiblement par contact lâche et par quelques vaisseaux sous-choriaux, lui constituant un pédicule, est arrondie, du volume d'une orange. Elle est plus dure et plus résistante que le tissu placentaire normal, divisée

par des sillons peu profonds en lobules secondaires. Sa surface est lisse, vernissée et sillonnée d'arborisations vasculaires.

A la coupe le tissu est dur, serré, d'aspect carnifié, vers le centre de la tumeur se voient quelques zones très foncées paraissant être des suffusions sanguines.

2° Examen histologique : Les néoformations vasculaires, très nombreuses, donnent au tissu de la tumeur l'aspect angiomateux. On voit une série de capillaires remplis de globules rouges et disposés au contact les uns des autres, étroitement accolés. Leur diamètre assez inégal est presque toujours plus élevé que celui d'un capillaire ordinaire ; l'endothélium de revêtement apparaît avec netteté. Cà et là la paroi incomplète permet le fusionnement des lumières voisines et la création de petits lacs sanguins.

En d'autres points, l'aspect histologique diffère assez notablement. Les capillaires deviennent rares, isolés, et le tissu angiomateux disparaît en totalité. La lésion est alors constituée par une nappe hyaline semée de petites cellules très nombreuses, presque réduites au noyau, conservant l'aspect des cellules inflammatoires avec une tendance à devenir fusiforme. On assiste en somme à la formation d'un tissu fibreux de sclérose après un processus inflammatoire aigu. En quelques points, le degré d'organisation fibreuse se montre à un stade plus précoce ; le tissu chorial est moins dense, fibrillaire et œdémateux, toujours infiltré de petites cellules rondes, et réalisant l'aspect myxomateux.

Sur les coupes apparaissent également de nombreux vaisseaux à large lumière toujours remarquables par leurs altérations pathologiques.

Un caillot fibrineux adhérant en voie d'organisation occupe la périphérie de la cavité vasculaire en un point limité : quelques éléments cellulaires inflammatoires le pénètrent, mais s'accumulent avec prédilection dans l'épaisseur même de la paroi du vaisseau et au sein du tissu environnant où l'examen à un plus fort grossissement montre la présence de nombreux polynucléaires. L'aspect est, en somme, celui d'une thrombose vasculaire au début réalisée au contact et sous la dépendance de l'altération pariétale inflammatoire.

OBSERVATION LIX (Lasassagne et Vignes, 1920)

Le 1er septembre 1920, vers 10 heures du matin, l'un de nous est appelé à examiner pour la première fois une primipare de 33 ans, qui est entrée en travail la veille au cours du neuvième mois de sa gestation, et dont l'enfant est en présentation transversale irréductible. Tentative infructueuse de version externe le mois précédent, à la suite de laquelle on a porté le diagnostic de malformation utérine. Le 31 août dans l'après-midi, premières contractions douloureuses et rupture précoce de la poche des eaux : liquide d'emblée teinté de méconium.

A l'examen : Tête dans le flanc gauche, dilatation de 5 francs, membranes rompues, coude droit engagé dans le col, battements du cœur incomptables.

Pose d'un ballon dilatateur de Champetier de Ribes, qui est expulsé vers 14 heures. La dilatation est presque complète. Les battements du cœur sont à 92 et très assourdis.

Version par manœuvres internes, sous anesthésie au chloroforme, et extraction d'un enfant mort du poids de 2.070 grammes.

On introduit ensuite la main dans l'utérus et cheminant le long du cordon, on gagne la corne utérine gauche où était la tête et où se trouve le placenta. Derrière ce placenta et à peu près en son milieu, au niveau de l'insertion du cordon, on perçoit une petite masse régulière et plus ferme que le tissu placentaire, masse qui roule sous le doigt. La corne droite est séparée de la gauche par un éperon et permet l'introduction de trois doigts. On se met alors en devoir de passer entre la face utérine du placenta et la paroi pour faire la délivrance. Au cours de ce travail, la tumeur tombe dans la main. On termine l'extraction (poids du placenta : 310 gr.) et on fait une injection utérine iodée chaude.

Suites de couches normales.

La coupe transversale de la pièce présente environ la dimension d'une noix, et la forme d'un rein.

Examen histologique. — La préparation montre que la tumeur est revêtue sur une partie de sa périphérie par un épithélium à structure choriale constitué par deux couches : *a*) une profonde de cellules de Langhans ; *b*) une superficielle plasmodiale.

Cet épithélium est séparé de la tumeur proprement dite par plusieurs strates de lamelles conjonctives minces présentant une disposition feuillletée nette.

La tumeur est grossièrement et incomplètement divisée en 5 ou 6 pseudo-lobes, par des travées du tissu conjonctif pénétrant dans la profondeur et accompagnant les grands vaisseaux. Ces pseudolobes ont une structure semblable : ils sont constitués par le pelotonnement de capillaires sanguins de calibre étroit assez régulier, à parois épaisses et séparées les uns des autres par d'étroites cloisons conjonctives.

Chacun de ces capillaires comprend une adventive revêtue sur sa face interne par un endothélium. L'adventice, manifestement épaissie, est représentée par un manchon collagène accompagné de quelques cellules conjonctives. L'endothélium est formé d'un revêtement continu de cèllules assez volumineuses ; les noyaux ovalaires de ces éléments font une saillie nette dans l'intérieur de la lumière des vaisseaux. Dans beaucoup de ces capillaires cet endothélium présente un degré plus accentué de prolifération et les cellules se disposent sur deux ou trois couches, obturant partiellement la lumière vasculaire, on peut même, mais rarement, trouver certaines d'entre elles en mitose.

OBSERVATION LX (Williams, J. T.,1921)

Williams rapporte l'observation d'une primipare de 22 ans, accouchée en mai 1920 avec application basse dc forceps, après douzc heures de travail parce que la tête ne se dégageait pas du périnée. Placenta expulsé trente minutes après la venue de l'enfant, sans la moindre difficulté par la méthode de Crédé. Le placenta présentait l'aspect suivant :

Dimensions 20 cm. × 16 cm.

Cordon 47 cm.

Sur le pourtour du placenta, près de l'origine du cordon, on apercevait une loge occupée par une masse arrondie, fixée à la dite loge par une sorte de cordon de 17 cm. de longueur sur 3 cm. de diamètre. Cette masse avait la forme d'une sphère aplatie de 10,5 × 10 × 6 cm. Molle, élastique, elle était divisée grossièrement à sa surface en cinq lobules, sur lesquels et entre lesquels couraient de

gros vaisseaux sanguins. Elle était revêtue d'une membrane transparente, mince, laissant apercevoir un tissu gris-rosé avec, par endroits, des zones jaunâtres, gélatineuses, translucides et d'autres zones irrégulières d'un rouge sombre. Assez résistante à couper, la tumeur n'est pas friablc.

Le pédicule à sa pénétration dans la tumeur forme un tronc unique de 1/2 cm. de diamètre, il est formé à son origine placentaire de cinq petits pédicules vasculaires.

La loge de la tumeur a l'apparence du placenta normal. En un point du pourtour de cette loge on voit une seconde tumeur, petite celle-là (3,5 cm. de diamètre) en tous points semblable à la première.

L'examen microscopique montre que ces tumeurs sont formées de vaisseaux capillaires sanguins à minces parois, enfoncés dans un stroma de tissu conjonctif très abondant. Des figures mitosiques indiquant une croissance rapide se voient dans beaucoup de cellules endothéliales qui tapissent les parois vasculaires. Quelques-uns des globules rouges renfermés dans les capillaires sont pourvus de noyaux.

Diagnostic : « *Hœmangio-endothélio-blastome capillaire multiple* ».

OBSERVATION LXI (Gammeltoft, Mœller et Louve, 1920, Schickelé, 1924)

Placenta de 820 grammes. Enfant vivant de 2.500 grammes Au niveau de l'insertion du cordon ombilical et encore parmi les premières ramifications des grands vaisseaux existent quatre tumeurs solides dures, dont la plus grande a 8 sur 7 centimètres et les autres de 2 à 4 centimètres.

Chacune de ces tumeurs fait saillie dans la cavité amniotique, recouverte par l'amnios et reste séparée du tissu placentaire. A la surfacc de chaque tumeur se trouve un vaisseau, parfois deux. La tumeur est nettement séparée du tissu placentaire, entourée entièrement de chorion en forme de coque membraneuse, recouverte à l'extérieur de son épithélium chorial, syncytium à grands et petits noyaux. Cette coque est elle-même recouverte par une agglomération de villosités fœtales nécrosées et formées par une bande fibreuse presque homogène, à la périphérie de laquelle on ne trouve que peu de cellules conjonctives très plates et en plusieurs couches. A mesure qu'on s'approche du centre, ces cellules deviennent plus

nettes, plus nombreuses, plus volumineuses, parfois même gonflées. De cette coque, à certains endroits, partent vers l'intérieur des ramifications plus ou moins importantes de tissu conjonctif dans lequel se trouveront toujours de gros vaisseaux, artères et veines, et d'autres de volume moyen. Ces ramifications partagent l'ensemble de la tumeur en un certain nombre de territoires jusqu'à d'infiniments petits. Les mailles de ce réseau sont remplis par des cellules ovales ou rondes avec noyaux bien colorés, serrées les unes contre les autres, formant ainsi des lobules paraissant solides. Mais au grossissement, fort on reconnaît que ces lobules, tant grands que petits, sont constitués par de petits vaisseaux capillaires qui, selon leur état de contraction ou la forme de leurs cellules, paraîtront solides ou creux.

En certains points, peu nombreux et plutôt localisés vers le centre de la tumeur, on verra des endroits d'aspect caverneux, c'est-à-dire formés par une multitude d'espaces réticulaires à épithélium plat dans lesquels il y a du sérum ou par ci par là quelques globules rouges. Partout dans le tissu connectif on trouve, quoique peu nombreux, des vaisseaux à structure normale à lumière large, dans lesquels circule le sang, mais sans aucun rapport direct avec les lobules mentionnés de la tumeur. Vers la périphérie des petites tumeurs et aussi à d'autres endroits de la plus grande, il y a des zones d'œdème et même quelques rares petits foyers de dégénérescence par coliquation. Les cellules du tissu connectif qui entourent les lobules sont ovales, parfois à extrémités très effilées rappelant vaguement les cellules myxomateuses.

Le fort grossissement met en évidence la multitude de petits vaisseaux capilalires très serrés qui forment les lobuli. L'état paisible des cellules, le manque de mitoses, de nécrose et la parfaite ordonnance des lobules dans leur tissu connectif ne saurait mieux trahir la parfaite bénignité de la tumeur.

Schikelé porte le diagnostic d'*angio-fibrome.*

OBSERVATION LXII (Kummer 1911, Schickelé 1924)

Tumeur unique du placenta offrant une constitution tout à fait comparable au cas précédent.

Schickelé porte le diagnostic d'*angiome typique*

OBSERVATION LXI bis (Mœller et Lohse 1920, Schickelé 1924)

L'observation LXI, de Gammeltoft, publiée par Mœller et Lhose, rapporte l'étude microscopique de tumeurs globulaires se trouvant sur la face utérine du placenta et présentant une constitution sensiblement différente de celle des tumeurs précédentes. Il s'agit de tumeurs beaucoup plus petites, nettement localisées dans l'intérieur des espaces intervilleux, sans membrane propre, entourées dans leur ensemble par la circulation intervilleuse. Elles sont constituées par plusieurs lobes épais, eux-mêmes formés par des capillaires dilatés à l'état caverneux, spongieux. Tissu conjonctif peu important formé par des cellules oblongues à noyaux bien marqués, il se resserre vers la périphérie du lobe qui est toujours recouvert de syncitium dont les traînées sont interrompues. Parmi les villosités de voisinage, il s'en trouve certaines grossies, bouffies, dont les vaisseaux sont dilatés, gorgés de sang et très rapprochés les uns des autres donnant un aspect criblé à la villosité.

En vérité, dit Schickelé, il ne s'agit pas là d'une tumeur proprement dite, mais d'un complexe de villosités plus ou moins volumineuses se trouvant à l'intérieur du placenta. La tumeur est en réalité un groupe de villosités choriales dont les unités ont subi, à des degrés variables, des altérations portant sur leurs capillaires.

CHAPITRE II

OBSERVATION PERSONNELLE

Le cas de tumeur angiomateuse du placenta que nous rapportons ici a déjà fait l'objet d'une présentation à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Lille au cours de sa séance du 28 octobre 1924. Cette tumeur fut étudiée au laboratoire d'anatomie pathologique sous la direction de M. le Professeur Curtis. Ce maître nous ouvrit toutes grandes les portes de son laboratoire qu'il mit à notre disposition. Il voulut bien nous guider pas à pas dans nos recherches et nous donner des conseils d'un prix inestimable. Sa haute érudition, sa grande compétence nous furent d'un grand secours. Nous adressons à M. le Professeur Curtis l'hommage de notre gratitude la plus respectueuse.

Notre ami le Docteur Houcke se chargea de toute la partie technique de ce travail : qu'il veuille bien accepter nos remerciements les plus sincères.

OBSERVATION PERSONNELLE

(Recueillie dans le service de notre maître M. le Professeur Bué, *Clinique obstétricale de l'Hôpital de la Charité*, année 1924, N° 665).

Le 14 septembre 1924, à 20 h. 45, entrait à la maternité de l'Hôpital de la Charité une secondipare de 29 ans, exerçant la profession de fileuse. La première grossesse remontait à 1922, l'accouchement avait été normal ainsi que les suites de couches. L'enfant est un

garçon, vivant, bien portant, nourri au sein maternel jusqu'à l'âge de trois mois.

Dans les antécédents de la gestante, nous n'avons rien noté de spécial (mère morte au cours de suites de couches, père bien portant, sans tare signalée, frère et sœur en bonne santé). Elle-même ne signale aucune maladie. Elle est réglée depuis l'âge de 13 ans d'une manière toujours régulière.

Pour ce qui se rapporte à sa grossesse actuelle, cette femme vit ses dernières règles du 11 au 15 décembre 1923, continua à travailler pendant toute sa gestation sans présenter d'accident d'aucune sorte, sauf quelques douleurs abdominales durant les dernières semaines, douleurs nettement localisées au niveau du bord gauche de l'utérus et semblant répondre à l'ovaire.

A l'examen général, il s'agit d'une ouvrière fatiguée, au facies pâle. Tous les organes sont cliniquement normaux ; on note cependant au niveau du poumon droit des signes d'une légère induration du sommet (submatité, exagération légère des vibrations vocales, inspiration rude, expiration légèrement prolongée, pas de bruits surajoutés, bronchophonie). Il n'existe ni œdème, ni varices des membres inférieurs ; la paroi abdominale est bonne, les seins sont normaux.

L'examen obstétrical revèle un utérus de 31 centimètres de hauteur à partir de la symphyse pubienne, de constitution normale. Signe du Flot, négatif. Présentation du sommet en O. I. G. A. Foyer d'auscultation net à gauche et au-dessous de l'ombilic.

Cette femme est entrée en travail vers 17 heures, à l'entrée dans le service, la dilatation est comme 50 centimes, la tête appuie bien sur le segment inférieur, la poche des eaux est plate, les contractions utérines sont normales dans leur intensité et leur fréquence. Trois heures après son entrée, la dilatation étant complète, nous pratiquons la rupture artificielle des membranes, le liquide amniotique, qui s'écoule en petite quantité, est parfaitement normal. Dix minutes après la parturiente expulse une fille de 2 kil. 900 en O. P. sans difficulté ni complication d'aucune sorte.

Le travail a duré 6 heures 45 min. environ. Le décollement du placenta s'opère d'une façon normale. Après 20 minutes, nous pratiquons une extraction simple du placenta. A ce moment, nous sommes vivement surpris en voyant apparaître à la vulve une formation

ne présentant pas l'aspect habituel du placenta. Celui-ci se présentant par sa face fœtale est, en effet, précédé dans sa descente d'une tumeur volumineuse qui, au premier abord, semble faire corps avec lui.

Le placenta et les membranes sont complets : la délivrance s'est donc faite tout à fait normalement. Les suites de couches étant normales, la femme et l'enfant quittent la maternité sept jours après l'accouchement.

Une réaction de Bordet-Wassermann, pratiquée avec le sang de la mère, s'est montrée négative. La réaction de Hecht est également négative.

EXAMEN ANATOMIQUE

(Travail exécuté dans le laboratoire d'anatomie pathologique du Professeur Curtis)

Examen macroscopique :

Le placenta est normalement constitué dans son ensemble : la face utérine ainsi que les membranes ne présentent rien de particulier.

Poids total : 890 grammes.

Sur la face fœtale existe une tumeur ovoïde, de la grosseur d'un poing d'adulte, qui fait saillie sous l'amnios ; elle est située au voisinage de la circonférence du placenta qu'elle déborde d'un centimètre environ. Les dimensions de la tumeur, prises immédiatement après la délivrance, sont les suivantes :

Longueur	10 cm. 5
Largeur.	8 cm.
Epaisseur	7 cm.

Cette tumeur repose sur la face fœtale par une large base d'implantation mesurant de 7 à 9 centimètres.

La consistance en est rénitente, très régulière, uniformément lisse, elle est de coloration rouge lie de vin et entourée d'une capsule d'enveloppe de nature conjonctive.

On note à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen du bord interne, une encoche par où pénètre un pédicule vasculaire issu du cordon ombilical.

D'autre part, au niveau de la zone d'implantation, des vaisseaux de calibres différents semblent s'enfoncer du placenta dans la tumeur.

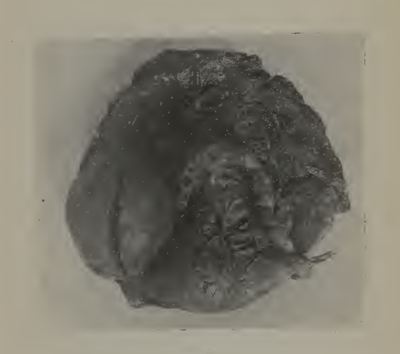


FIGURE 1

Photographie du placenta et de sa tumeur. L'amnios est décollé de la tumeur et rejeté en bas et à gauche du cordon.

Si on pratique une coupe de la tumeur, on constate que la surface de section est uniformément rouge, comme gorgée de sang, parsemée de ci de là de travées fibreuses qui se rattachent à la membrane d'enveloppe et contiennent de petis vaisseaux visibles à l'œil nu. A la base on constate sur une étendue de 4 cm. que le tissu néoplasique vient presque affleurer la face utérine du placenta et n'en est séparé à ce niveau que par une mince lame de tissu placentaire tout au plus d'un millimètre d'épaisseur. Sur les bords de la base, le tissu du placenta devient plus épais, et sur l'un des côtés la tumeur est séparée de la face utérine du placenta par une couche de ce tissu de 2 cm. d'épaisseur. Bien que la tumeur fasse saillie sur la face amniotique, il n'en est pas moins vrai qu'elle est enchassée dans l'épaisseur des cotylédons placentaires.

L'amnios est simplement soulevée par la tumeur et n'échange avec elle que des rapports de voisinage tout à fait semblables à ceux que cette membrane affecte avec les autres régions du placenta. Tout l'amnios peut être facilement décollé de la tumeur sans altérer celle-ci en aucune manière. Le placenta, débité en minces tranches, ne renferme pas d'autre tumeur.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

1° *Coupe dans la partie verticale de la tumeur.*

Le tissu de la tumeur est limité à la surface par une capsule conjonctive mesurant environ 1/10e de millimètre et formée de fibres et de faisceaux de fibres conjonctives onduleuses disposés parallèlement à la surface.

Immédiatement accolés à cette capsule et comme enclavés dans des éperons qui en émanent, on trouve de gros vaisseaux, béants de 210 μ de diamètre, remplis de sang, à contour circulaire non plissé, revêtus d'une mince gaine conjonctive, ayant les caractères de vaisseaux veineux.

Immédiatement au-dessous, on rencontre le tissu néoplasique proprement dit. Celui-ci est formé d'une énorme agglomération de petits vaisseaux de dimensions capillaires, réunis par groupe plus ou moins étendus, séparés par un stroma qui se ramifie à travers toute la coupe et renferme des vaisseaux de diverses dimensions,

de calibres assez considérables, variant de 120 μ à 1 millimètre, c'est-à-dire visibles à l'œil nu.

Dans une coupe vue à un fort grossissement, on s'aperçoit que le tissu est constitué par de petits capillaires nettement groupés en petits îlots de diamètre variable de 120 à 480 μ, c'est-à-dire variant presque du simple au quadruple. Ces îlots renferment en général à leur centre des orifices vasculaires de plus grande dimension atteignant 30 à 60 μ, autour desquels se réunissent une foule de petits orifices, vasculaires, capillaires, variant de 13 à 36 μ, et tellement rapprochés les uns des autres qu'ils sont presque contigus en beaucoups de points, ils ne sont séparés que par des travées de 4 à 5 μ, au plus, formées par une pénétration du stroma de la tumeur entre les vaisseaux.

Entre ces groupes de capillaires tassés et centrés se développe un stroma très particulier, disposé en traînées ramifiées et anastomosées qui limitent et séparent les uns des autres les groupes de pelotons capillaires ; ce stroma, par de minces prolongements, se continue même entre les orifices des îlots capillaires. Il est formé par une matière absolument amorphe, homogène, dans laquelle on retrouve disséminés des orifices vasculaires analogues à ceux qui forment les îlots précédemment décrits, mais ils y sont disséminés sans ordre représentant comme des modifications aberrantes des groupements capillaires insulaires.

On trouve, de plus, disséminés dans cette substance amorphe des noyaux tantôt, pour ainsi dire, isolés, ovalaires, sans traces de protoplasme ; d'autres fois, au contraire, ces noyaux apparaissent comme appartenant à des cellules dont le corps protoplasmique est très visible. Ce sont alors des cellules fusiformes dont le protoplasme se reconnaît encore terminées par un ou plusieurs prolongements tantôt uniques tantôt ramifiés. D'autres fois, ces cellules sont arrondies et présentent l'aspect de leucocytes, de cellules du groupe des polyblastes.

Tous ces éléments sont noyés dans la substance homogène du stroma qui donne dans son ensemble l'impression d'une matière mucoïde renfermant les éléments caractéristiques du tissu conjonctif ainsi dégénérés.

Différentes réactions ont été tentées dans le but d'identifier ce tissu : dans une coupe colorée au « mucyne-carmin », on n'a pas

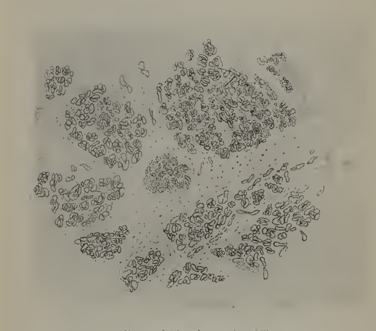


FIGURE 2 (Grossissement = 50)

Figure montrant la constitution lobulée de la tumeur. Chaque lobule, constitué par un certain nombre de capillaires, est entouré d'une gangue de tissu mucoïde disposé en traînées plus ou moins importantes.

obtenu la réaction caractéristique du mucus (ceci n'est pas une raison suffisante pour nier l'existence du mucus dans le tissu de notre tumeur). Avec d'autres colorants : thionine à l'eau et bleu de toluidine aqueuse, sans montage à l'alcool, le tissu homogène du stroma prend la coloration rouge du tissu conjonctif atteint de dégénérescence muqueuse. On peut donc dire que toute la tumeur est formée par un stroma mucoïde dans lequel se trouvent des îlots de capillaires tassés les uns contre les autres, et çà et là des orifices vasculaires considérables présentant surtout le caractère veineux pouvant atteindre des dimensions telles qu'ils deviennent visibles à l'œil nu.

Au sujet de ces orifices, il est difficile d'en pouvoir déterminer la nature, ils ont tous la même constitution, un simple revêtement endothélial, nulle trace de tissu musculaire ni même de tissu élastique. Les coupes traitées, par la coloration de « Veigert-élastique », montrent que les gros vaisseaux, les petits vaisseaux et le stroma sont dépourvus de toute trace de tissu élastique. Les petits orifices vasculaires ne sont constitués que par une lamelle très mince, tout à fait hyaline, sur laquelle s'appuient des noyaux de cellules endothéliales. Immédiatement au dehors de la lamelle limitante, on retrouve les minces travées de tissu mucoïde intercapillaire.

En certains points, le tissu muqueux prend une réfringence plus considérable, ou pourrait se demander si, en ces points, le tissu muqueux n'a pas subi la transformation hyaline. Les recherches faites dans ce but sont demeurées négatives : il s'agit peut-être de tissu muqueux plus ou moins imbibé d'une sérosité albuminoïde provenant d'une exsudation des vaisseaux.

2° *Examen de larges coupes de 4 cm² perpendiculaires au grand axe de la tumeur intéressant les régions placentaires adjacentes.* (*Examen ayant pour but de préciser les rapports entre la tumeur et le placenta et limité aux régions communes*).

Si on suit les contours de la tumeur au niveau de son contact avec le placenta, on constate sur toute sa longueur que cette zone est constituée par une condensation du tissu conjonctif d'aspect fibrillaire, formé par place de gros faisceaux présentant un début de dégénérescence hyaline. Immédiatement en dehors apparaît sur toute la longueur de la coupe une strie de fibrine, directement appliquée sur le conjonctif, d'épaisseur très inégale, variant entre

40 et 80 μ, elle suit exactement les contours du tissu néoplasique, et comme celui-ci présente par place d'assez profondes dépressions, de véritables fissures qui pénètrent à peu près jusqu'au centre de la tumeur, la fibrine y pénètre en les tapissant sur toute leur longueur. Partout cette couche fibrineuse offre le même aspect tout à fait homogène ou formée de bloc coalescents, n'ayant aucune structure fibrillaire et présentant la réaction du tissu hyalin (fibrine ayant subi la dégénérescence hyaline). Elle est identique à celle qu'on trouve autour des villosités que nous décrivons plus loin.

De cet examen, il résulte que la tumeur en aucun point ne pousse de prolongements vers le placenta, elle n'émet elle-même aucune saillie villeuse et se trouve isolée du tissu placentaire par un véritable mur fibrineux. Mais si la tumeur n'émet pas de villosités, à l'inverse, les villosités placentaires viennent en grand nombre se fixer sur elles. En effet, au voisinage du mur fibrineux nous trouvons une foule de villosités placentaires dont la plupart ont subi la transformation fibreuse : les unes petites, d'autres très volumineuses, et dont les vaisseaux sont, en général, peu visibles et même souvent oblitérés par une véritable sclérose périvasculaire et une prolifération endothéliale. Un grand nombre de ces villosités sont dépourvues de revêtement épithélial et incluses dans des couches fibrineuses hyalines qui, par place, se fusionnent avec la couche analogue qui revêt le bord du néoplasme. A mesure qu'on s'éloigne de celui-ci, les villosités reprennent un aspect plus normal et cesse d'être incluses dans de la fibrine. A une certaine distance, leur revêtement devient épithélial, représenté par des cellules de Langhans et des plaques syncytiales qui, toutefois, ne forment jamais une couche continue, leur vascularisation devient normale. En comparant ces villosités à celles des parties saines du placenta, on ne constate aucune différence, les vaisseaux ne sont ni plus larges ni plus abondants. En un mot, il n'y a aucun stade de transition entre les régions à villosités normales et la masse néoplasique.

Au niveau des points d'insertion des villosités devenues fibreuses, sur le revêtement fibrineux de la tumeur, on constate qu'en beaucoup de points, les cellules de Langhans ont persisté et forment autour d'elles une couche disposée quelquefois sur un ou deux rangs, les cellules ayant pris des dimensions plus grandes que normalement et présentant souvent d'énormes noyaux à côté d'autres beaucoup

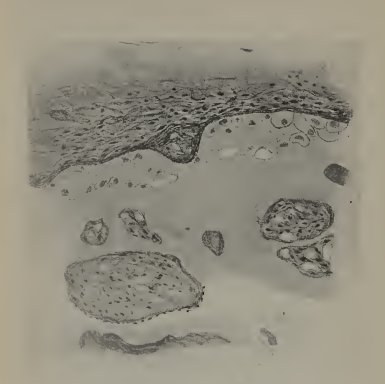


FIGURE 3 (Grossissement = 270)

Dessin montrant : en haut, le tissu conjonctif formant la gaine de la tumeur ; immédiatement au-dessous, l'assise de cellules de Langhans, et enfin, en bas, la couche de fibrine amorphe englobant six villosités.

L'une de ces villosités, complètement fibreuse, ne montre aucun vaisseau ; quatre autres, déjà très fibreuses, présentent encore un certain nombre de lumières vasculaires ; la dernière enfin, en partie englobée dans la couche fibrineuse, est pourvue d'une couche de cellules de Langhans sur une portion de la périphérie.

plus petits. En d'autres points des cellules épithéliales qui, à première vue, ne semblent pas avoir de relation directe avec les villosités, se trouvent soit appliquées, soit incluses sur le revêtement de la tumeur. Ces cellules deviennent par place très volumineuses, leur noyau atteint 18 μ, la cellule 20 à 25 μ, le protoplasme devient vacuolaire : tantôt à petites vacuoles, tantôt à larges vacuoles occupant tout le corps de la cellule. En certains points on trouve mélangées à ces éléments des stries de syncytium. On retrouve ainsi des cellules de Langhans formant des petits amas ou des traînées discontinues tantôt à la surface, tantôt inclus dans le mur fibrineux, et on peut constater toutes les transitions entre les villosités accolées à la tumeur et ces placards épithéliaux qui ont dû se détacher des villosités voisines. Il existe en effet des villosités dégénérées, sans axe conjonctif, se réduisant en boudins épithéliaux, expliquant la présence de ces éléments isolés à la surface de la tumeur. Là ou existent des fissures assez profondes dans lesquelles la fibrine pénètre, on trouve tantôt quelques cellules de Langhans tuméfiées et vésiculeuses incluses dans le précipité fibrineux, tantôt de véritables bourgeons de larges cellules vésiculeuses à gros noyaux qui pénètrent assez profondément dans les fissures superficielles de la tumeur.

En somme, on constate que le néoplasme est absolument isolé du placenta, on ne peut pas dire qu'il possède une coque fibreuse mais plutôt une condensation du tissu conjonctif. Ce qui l'isole surtout, c'est la couche de fibrine qui le recouvre sur toute son étendue. La tumeur n'émet aucun prolongement chorial, mais les villosités voisines s'y fixent nécrobiosées et transformées comme nous l'avons décrit.

En résumé, il s'agit d'un véritable angiome développé dans une villosité, cette villosité ne s'étant pas ramifiée comme d'habitude. C'est une hyperplasie de tissu vasculaire remontant, vraisemblablement, aux premiers moments de la formation du chorion, peut-être du trophoblaste.

De l'étude de ces observations, il résulte que les tumeurs bénignes du placenta sont presque toujours des angiomes. Les diagnostics très variés qui ont été portés résultent d'interprétations erronées et des dégénérescences que ces angiomes peuvent subir. Des recherches récentes faites par Briquel, Dienst, Krauss, Brindeau, Durante, Williams, Schicklé, il semble bien résulter que presque toutes ces tumeurs peuvent être considérées comme des *angiomes plus ou moins dégénérés*.

Les kystes placentaires tant hématiques que séreux ne doivent pas être considérés comme des tumeurs du placenta et doivent être éliminés de notre étude.

Anatomiquement, les tumeurs angiomateuses du placenta siègent le plus souvent au niveau de la masse placentaire, très rarement elles se rencontrent en dehors du placenta rappelant la disposition succenturiée (observ. de Bode, Schmorl, Albert, Krauss). Elles font le plus souvent saillie sous l'amnios apparaissant sur la face fœtale du placenta, elles peuvent être complètement incluses dans le tissu placentaire et ne se révéler que par la palpation ou à la coupe. Leur volume est extrêmement variable et oscille entre celui d'un pois et d'une tête d'enfant, en passant par tous les intermédiaires.

Les plus grosses sont celles de Rokitansky, Lazarewitch, Galatin, Williams, leur taille est souvent fonction de leur nombre.

Si ces tumeurs sont multiples, elles auront généralement un petit volume. Très souvent uniques, elles peuvent en effet se multiplier sur le même placenta au nombre de deux dans les cas de Myrtl, Kramer, Alin, Williams, elles sont trois dans le cas de Niebergall,

elles peuvent être beaucoup plus nombreuses comme dans un des cas de Pitha où il existait une multitude de petites tumeurs facettées.

La forme de ces tumeurs est généralement régulière, sphérique, ovoïde, plus ou moins aplaties, elles peuvent être irrégulières, bi ou tri-lobées, donnant parfois l'impression de tumeurs primitivement isolées qui se seraient fusionnées pour former une seule masse. La consistance en est différemment appréciée par les auteurs ; elles sont généralement fermes, renitentes, des foyers de nécrose peuvent leur communiquer une consistance irrégulière, très dure en certains points.

Leur couleur est variable avec le degré de vascularisation, elles sont le plus souvent rouge lie de vin.

Elles se creusent une loge dans le tissu du placenta qui, autour de cette zone de contact, présente des altérations variables. La membrane amniotique passe sur les tumeurs en y adhérant légèrement, n'échangeant que de simples rapports de contact.

A la coupe, ces angiomes ont généralement un aspect uniforme, il est possible de voir par endroit des foyers de nécrose, à la périphérie existe le plus souvent une gaine conjonctive.

A l'examen histologique, tous les auteurs sont maintenant d'accord pour décrire des amas de capillaires gorgés de sang. Ces capillaires représentent le caractère prédominant de ces tumeurs. Le tissu conjonctif forme un stroma d'aspect variable, il se condense à la périphérie pour former une pseudo-gaine plus ou moins épaisse. A la surface se trouve une assise de cellules de Langhans plus ou moins altérées. Au voisinage de

la tumeur existent des villosités placentaires plus ou moins dégénérées et englobées dans une masse de fibrine amorphe.

Ces caractéristiques étant posées, nous accepterions volontiers la dénomination d'Albert qui propose le terme de : « *chorio-angiome capillaire allantogénique* ». Pitha propose de supprimer le mot allantogénique « puisque tous les vaisseaux choriaux et villeux proviennent de l'allantoïde ».

Nous ne l'emploierons pas, nous avons vu que les vaisseaux choriaux se forment également, aux dépens des îlots de Wolff qui se trouvent dans les villosités : rapporter à l'allantoïde, la formation des angiomes placentaires serait peut-être préjuger et préciser un peu trop l'origine de ces tumeurs.

Nous adopterons donc l'appellation « *chorio-angiome* » qui implique une idée de bénignité et ne préjuge ni de l'origine, ni de la dégénérescence conjonctive, rejetant l'expression d'angiofibromyxome de Briquel, trop précise quant à l'influence du tissu collagène.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Étiologie

Les angiomes placentaires ont fait l'objet de quelques discussions et des opinions quelquefois très divergentes furent exprimées.

En 1878, Storch expliqua la formation anormale des capillaires dans les villosités choriales : « par des changements chroniques inflammatoires et productifs de la muqueuse utérine». Il regarde le développement exagéré des vaisseaux comme une conséquence de l'endométrite chronique et il pense que le tissu décidual hypertrophié, modifié par l'inflammation, peut produire de semblables changements et provoquer une hyperplasie inflammatoire des villosités.

Pitha fait remarquer, à propos de cette opinion, qu'en cas d'endométrite, la muqueuse corporelle tout entière est ordinairement lésée et qu'il devrait en résulter une transformation angiomateuse de tout le placenta. D'autre part, l'endométrite n'est pas chose rare ainsi que les altérations inflammatoires de la caduque pendant la grossesse, on devrait donc trouver des angiomes choriaux beaucoup plus fréquemment. En cas de grossesse gémellaire, les deux placentas devraient présenter

les mêmes anomalies, il n'en est rien dans ces observations où un seul placenta présente une tumeur. (Observ. de Breus, Kramer, V. Steinbuchel, V. Mars).

Un certain nombre d'observations signalent l'absence complète d'endométrite. Enfin, cette étiologie est encore réfutée si l'on remarque que la grande majorité des tumeurs du placenta ne sont pas en relation avec la paroi utérine et en sont séparées par une couche assez épaisse de tissu placentaire.

En 1887, Doléris, à propos de la présentation d'Auvard et de celle de Guéniot, prétend que ces tumeurs doivent être regardées comme des formations vasculo-glandulaires de la muqueuse utérine. Se basant sur l'examen des coupes de Latteux, cet auteur ne voit dans ces tumeurs qu'une structure « de polype vasculaire développé dans l'épaisseur de la muqueuse qui » aurait conservé sa texture primitive sans subir les » modifications imposées par la grossesse ». Pajot réplique alors qu'il ne partage pas cette opinion : « car si » la tumeur s'était développée aux dépens de la mu» queuse utérine, les vaisseaux iraient de la muqueuse » à la tumeur et non de l'amnios à la tumeur ». Cette remarque est suffisamment juste pour juger l'opinion de Doléris, les études ultérieures en ont prouvé l'inexactitude.

En 1896, Von Mars attire l'attention sur des zones de la tumeur où les villosités sont comprimées et collées par une matière amorphe qu'il prend pour des productions inflammatoires.

Il établit un rapport entre les « altérations inflam-

matoires des parties fœtales et le développement du chorio-angiome ». Il affirme que les altérations angiomateuses des villosités sont d'origine inflammatoire ; pour lui, l'inflammation des parties fœtales n'est que le premier degré d'une dégénérescence dont le chorio-angiome est la résultante.

L'auteur de cette opinion semble ignorer que des placentas parfaitement normaux par ailleurs peuvent présenter des images tout à fait semblables à celles que v. Mars signale. Ces images ne sont autres que les infarctus d'Ackermann qui représentent des zones d'altération résultant d'une circulation sanguine déficiente due à une endartérite des villosités. Ces troubles circulatoires étant très fréquents dans le placenta, il n'y a pas lieu de voir en eux la cause première des chorio-angiomes, étant donnée la rareté de ces derniers. Ces zones d'altération décrites par v. Mars et situées au voisinage de la tumeur montrent, tout simplement, l'influence du néoplasme qui, agissant par compression, multiplie la présence de ces infarctus.

Albert, en 1898, expose une théorie assez séduisante mais qui ne s'accorde pas non plus avec certaines constatations : « Quand les vaisseaux, dit-il, s'étendent » au sortir de l'allantoïde, avec le chorion, dans les » parties déciduales, lesquelles sont devenues le terrain » de leur développement, ensuite, comme par hasard, » c'est-à-dire par des causes totalement inconnues, » une branche de ces vaisseaux se sépare à une cer- » taine distance du cordon, mais ne trouve aucun » terrain décidual pour son développement typique,

» puis croît d'une manière atypique et avec une vigueur » propre à son développement embryonnaire ».

De cette description il résulte qu'Albert croit à un développement anormal et tardif d'une certaine partie du chorion répondant à une portion de la muqueuse utérine non adaptée, à une certaine distance de la muqueuse sérotine par exemple.

Cette hypothèse n'admet donc pas la présence de parties déciduales au voisinage de l'angiome.

Un certain nombre d'examens histologiques ont montré l'existence de travées déciduales entre les lobules de la tumeur, ce qui prouve bien que le néoplasme a atteint le terrain favorable à un développement typique. Cette théorie pourrait s'appliquer aux angiomes choriaux « succenturiés ». Des villosités aberrantes du chorion chauve persistant et ne trouvant pas en face d'elles une muqueuse utérine adaptée pourraient, sous l'influence du déséquilibre circulatoire résultant de l'absence de pression sanguine maternelle extravilleuse, acquérir des caractères angiomateux. Elle ne peut s'appliquer aux tumeurs siégeant au sein même du tissu placentaire. A moins d'admettre que tous les angiomes ont pour origine une ou plusieurs villosités du chorion chauve, mais alors comment expliquer l'origine des vaisseaux de la tumeur sur les vaisseaux funiculaires et la disparition de la partie inter-tumoro-placentaire du chorion ? Remarquons que le chorion, par son épithélium tout au moins, est un tissu très résistant (Curtis et Oui).

En 1902, Dienst apporte une nouvelle pathogénie.

Pour lui, la cause première des chorio-angiomes doit être recherchée dans la stase veineuse au niveau de la muqueuse utérine. Ces tumeurs se développeraient dans les placentas de femmes artério-scléreuses, hypertendues. Tout d'abord on se représente difficilement comment cette stase sanguine, qui existe sur toute l'étendue de l'utérus, serait capable de provoquer des troubles au niveau d'une partie parfaitement limitée du placenta.

Dienst veut expliquer la formation des angiomes en faisant intervenir une surpression intravilleuse réactionnelle. Il semble plutôt que l'exagération de la pression extravilleuse supprimerait la lumière ou diminuerait le calibre des vaisseaux déjà existant et ralentirait très sérieusement la circulation intravilleuse. Cette opinion nous paraît donc avec Pitha et d'autres, parfaitement controuvée.

Pitha, en 1906, se basant sur l'existence au sein de la tumeur de régions nécrosées et sur la présence de dépôts pigmentaires, admet qu'il se produit initialement une stase sanguine due à la torsion du pédicule de la tumeur aboutissant aux oblitérations vasculaires et aux néoformations angiomateuses. Cet auteur rappelle la remarque de Ribbert : le chorio-angiome forme un tout, lequel a sa circulation propre et n'a de lien vasculaire qu'avec la tige funiculaire. Pitha s'exprime ainsi : « Nous pensons que le développement anormal ou le cours anormal des vaisseaux du chorion, comme par exemple une courbure considérable des vaisseaux à l'intérieur du cordon ou l'élargissement variqueux de

la veine, un cours trop en vrille, une torsion exagérée ou des vaisseaux surdistendus, en un mot, toutes les circonstances produisant un obstacle à la circulation, peuvent causer une stase sanguine dans les parties correspondantes du chorion frondosum. La stase sanguine pourrait être suffisante pour donner l'impulsion à la production anormale de l'endothélium capillaire et au développement rapide et simultané du tissu embryonnaire autour des capillaires multipliés, et de cette manière causer la formation de l'anomalie télangiectasique localisée dans les villosités choriales ».

On pourrait invoquer cette théorie dans certains cas d'altérations des villosités (cas de Mœller et Shicklé, obs. N° 61 bis) où il s'agit d'une dilatation simple des vaisseaux villeux. Comme dans l'hypothèse de Dienst, il est difficile d'admettre qu'une stase sanguine puisse déclancher une hyperproduction de vaisseaux capillaires, et enfin, les fonctions villeuses diminuant ou disparaissant du fait de l'absence de circulation, on ne voit pas très bien comment il pourrait se produire précisément des néoformations vasculaires.

Plus récemment, en 1913, Planchu et Savy, de Lyon, reviennent sur l'hypothèse de Von Mars et considèrent les tumeurs bénignes du placenta comme des lésions inflammatoires. Ces auteurs insistent sur le rapport du poids du fœtus à celui de son placenta et généralisant le principe de Pinard, veulent voir dans ces tumeurs une manifestation de la syphilis; ils apportent comme autres arguments, la fréquence de l'hydramnios, de l'accouchement prématuré, de la mort du fœtus in utéro. Pour eux, la filiation des lésions peut s'établir

ainsi : « Sous l'influence d'une cause pathogène se produisent des altérations vasculaires avec oblitération thrombosique lente et progressive de quelques vaisseaux, un apport de cellules inflammatoires avec organisation scléreuse ultérieure possible, et, comme conséquence de la rupture de l'équilibre circulatoire au sein d'un organe de nature essentiellement vasculaire comme le placenta, une dilatation et une hyperplasie considérable des capillaires qui deviennent angiomateux ».

Tout d'abord, et tel est l'avis des auteurs modernes, l'hydramnios, l'accouchement prématuré, la mort du fœtus, in utero, peuvent se rattacher à la seule présence d'une tumeur placentaire : tumeur essentiellement vasculaire troublant profondément la circulation de l'organe.

Le rapport qui existe entre le poids du fœtus et celui de son placenta ne peut pas être pris en considération en cas de tumeur. En effet, le placenta doit fonctionner d'une façon exagérée par suite de la présence d'une tumeur dont la vitalité se fait à ses dépens ; de plus, il est gêné dans son fonctionnement, et la portion du placenta qui se trouve comprimée par le néoplasme est physiologiquement inexistante, le poids vrai du placenta ne sera apprécié qu'après avoir défalqué non seulement le poids de la tumeur mais aussi celui de la portion placentaire ainsi comprimée. Enfin, les accouchements se font souvent avant terme et le rapport du poids du fœtus à celui du placenta est toujours plus grand en cas d'accouchement prématuré. Nous avons vu dans notre observation, des cellules conjonctives jeunes prenant l'aspect de polyblastes, Funck-Brentano et

Durante ont aussi décrit des lésions rappelant celles de la périartérite mais ils s'empressent de dire que ces cellules groupées et rappelant les polynucléaires ne sont que des cellules conjonctives jeunes et qu'« il ne s'agit pas de lésions inflammatoires ». Quant aux oblitérations thrombosiques signalées par Savy, elles peuvent être considérées comme des lésions à peu près constantes des angiomes quel que soit leur siège.

Comme le disent Funck-Brentano et Durante au sujet de la nature infectieuse des tumeurs bénignes du placenta, il faut reconnaître que les infections placentaires sont relativement fréquentes et que ces néoplasmes sont d'une extrême rareté.

Pathogénie

Est-il possible de donner la pathogénie des angiomes placentaires ? Nous ne le croyons pas. Les éléments embryologiques que nous possédons, les connaissances que nous avons de la pathogénie des tumeurs en général, ne nous permettent pas d'apporter des affirmations. Tout ce que nous savons ne correspond qu'à de simples suppositions et nous ne pouvons que formuler des hypothèses.

Etant données les caractéristiques des tumeurs que nous avons envisagées, nous croyons, avec Pitha et Schiekelé, pouvoir les rattacher à une néoformation de capillaire pure et simple se produisant à l'intérieur d'une ou de plusieurs villosités choriales.

Un fait domine tous les autres, c'est la constitution

purement fœtale de ces tumeurs. Aucun élément maternel n'intervient dans leur formation. D'autre part, on ne peut y relever que des éléments villeux représentés par les vaisseaux, par le tissu conjonctif et enfin par l'épithélium chorial.

La deuxième caractéristique de ces angiomes est leur indépendance vis-à-vis du placenta. Il n'existe pas de points de transition entre le placenta et la tumeur, c'est un véritable mur qui sépare des deux formations.

Ces divers éléments nous permettent de dire que :

1° Les angiomes du placenta sont d'origine purement fœtale.

2° Ils reconnaissent le chorion comme origine primitive.

3° Ils sont parfaitement indépendants du tissu placentaire.

4° Ils représentent une véritable néoformation de vaisseaux capillaires au sein de villosités choriales.

Pour chaque tumeur, il s'agit de la dégénérescence d'une seule villosité. L'idée de la formation d'une telle tumeur par coalescence de plusieurs villosités paraît difficile à admettre et n'aurait pour elle que la structure lobulée du néoplasme. La fusion de villosités, même atteintes d'une hyperplasie angiomateuse, devrait laisser subsister, entre les différents groupes capillaires, des vestiges de leur isolement primitif. Ceci est d'autant plus nécessaire que le revêtement des villosités normales, couche de langhans et syncytium, représente un tissu très résistant. C'est ainsi qu'on retrouve ces éléments épithéliaux dans de vieux polypes

placentaires dont la nutrition est cependant excessivement précaire, comme l'ont montré les professeurs Curtis et Oui. Il serait donc étonnant que dans un tissu aussi abondamment vascularisé que celui de notre tumeur, on ne retrouve aucune trace de cet épithélium, son absence, même, au sein du tissu néoplasique, prouverait que chaque tumeur représente une seule villosité.

Il semble bien que ces néoplasmes soient arrivés au stade adulte de leur évolution : en aucun point de la tumeur nous ne trouvons des zones en voie d'organisation angiomateuse, il n'existe pas de régions transitoires et le tissu offre partout la même constitution et semble avoir achevé sa croissance normale.

Pitha fait remarquer que les vaisseaux afférents et efférents du chorio-angiome sont tout à fait bien développés et ont le même aspect que celui trouvé dans d'autres vaisseaux choriaux de même calibre, ce qui prouve leur développement normal.

Ces tumeurs semblent donc avoir suivi un développement parallèle à celui du placenta, qui, nous l'avons vu, se trouve ébauché au moment de l'envahissement vasculaire, c'est-à-dire vers la troisième semaine. Apparemment, les angiomes placentaires se forment donc tout au début de la constitution du chorion et sont contemporains des villosités.

Ces quelques remarques nous permettent d'expliquer la constitution de ces tumeurs, elles expliquent aussi leurs rapports avec le placenta. Elles s'accordent également avec les constatations faites par Bode, Schmorl, Albert et Krauss qui ont décrit des angiomes placen-

taires disposés comme un placenta succenturié : lorsque l'angiome est intraplacentaire, il s'agit de la dégénérescence d'une villosité appartenant au chorion frondosum, quand il est succenturié, il relève d'une villosité aberrante du chorion chauve.

Comme le fait remarquer Schickelé : *l'angiome placentaire est superpoasble à un nævus d'une région cutanée quelconque et il représente au niveau du placenta une malformation des vaisseaux capillaires tout à fait comparable à celle des angiomes de tout autre organe.*

Peut-être pourrait on admettre l'hypothèse de Funck-Brentano et Durante qui songent à un entraînement dans la portion extra-embryonnaire de l'œuf, de germes vaso-formateurs anormaux, véritables tératomes placentaires qui évolueraient pour leur propre compte dans leur siège ectopique. Cette hypothèse expliquerait la position de la tumeur qui, dans beaucoup d'observations, occupe le voisinage immédiat de l'insertion du cordon. L'observation de Marduel, dans laquelle est signalée l'existence d'une « tumeur érectile » du lobule du nez du fœtus viendrait encore à l'appui de cette manière de voir. Mais nous croyons plus simple de considérer comme origine des chorio-angiomes les germes vaso-formateurs qui se trouvent normalement dans la région, c'est-à-dire les îlots de Wolff villeux. Il n'est pas impossible que tous les vaisseaux qui constituent la tumeur soient formés aux dépens d'îlots de Wolff provenant des villosités temporaires du chorion chauve, qui seraient mis en circulation au moment de l'atrophie et la résorption de ces villosités. La répartition lobulée des capillaires s'expliquerait facilement par

des bourgeonnements successifs ayant déterminé une disposition arborisée des vaisseaux néoformés.

Nous avons eu l'attention particulièrement attirée par la dernière observation, celle rapportée par Schickelé et antérieurement étudiée par Mœller et Lohse. Elle montre qu'à côté des angiomes vrais du placenta, qui représentent une véritable néoformation capillaire, il existe des angiomes villeux relevant d'une altération de la circulation sanguine dans une ou plusieurs villosités. Ces altérations des vaisseaux villeux n'a rien de commun avec les angiomes vrais et n'admet pas l'hypothèse d'une néoformation capillaire. A propos de cette observation, Shickelé dit : « l'état angiomateux a dû se développer lorsque les villosités comme telles étaient déjà formées, les vaisseaux déjà constitués auraient été frappés de malformations se répétant à l'infini mais restant limitées sur un groupe de villosités premières et débordant alors vers celles de deuxième et troisième ordre de ce même tronc... Quant à l'époque de la malformation, il faut remonter au moment où les capillaires sont formés dans le mésenchyme des villosités, l'état angiomateux aurait été amorcé et aurait augmenté au fur et à mesure que les villosités se seraient développées... entre la cinquième et la huitième semaine ». Tandis que dans les cas d'angiomes vrais, le début de la néoplasie vasculaire remonterait aux premières heures des villosités et des îlôts de Wolff dans leur mésenchyme, environ à la troisième semaine.

On pourrait se demander pourquoi des néoformations capillaires qui se développent au niveau d'une ou de

quelques villosités ne se produisent pas au sein de toutes ou d'un très grand nombre de villosités. Certainement, une telle dégénérescence totale du chorion serait incompatible avec la vie de l'œuf et l'avortement deviendrait obligatoire, la circulation sanguine normale devenant impossible. Nous touchons probablement ici à un problème extrêmement intéressant et existe-t-il peut-être un point pathogénique commun aux angiomes placentaires et aux môles hydatiformes. Nous n'envisagerons pas ces relations possibles entre les angiomes et les môles, nous nous éloignerions trop du programme que nous nous sommes tracé.

Quant à la genèse des angiomes placentaires comme pour les angiomes en général, elle échappe complètement à la science et, dit Letulle : « On sait qu'il s'agit de lésions congénitales et l'on peut, à coup sûr, invoquer l'influence d'un état dysembryoplastique du tissu conjonctivo-vasculaire. Le primum movens de ces désordres est un « manque » dans le développement normal du tissu conjonctivo-vasculaire. Resterait à connaître la cause, soit locale, soit éloignée de ce « défaut » embryogénique ».

CHAPITRE IV

ÉTUDE CLINIQUE

Les tumeurs bénignes du placenta n'ont pas d'importance clinique à cause de leur extrême rareté. Lorsqu'elles existent, elles sont susceptibles de provoquer un certain nombre d'accidents.

Pendant la grossesse, l'hydramnios est la complication la plus fréquente de ces tumeurs, — le travail ne paraît pas être modifié par elles, — pendant la délivrance elles exposent aux hémorragies.

1º Pendant la grossesse, l'hydramnios se retrouve dans 16 observations sur les 59 mentionnant les circonstances cliniques. Cette proportion est de beaucoup exagérée, et il existe très vraisemblablement une relation de cause à effet.

Nous ne reviendrons pas sur l'opinion de Planchu et Savy qui considèrent l'hydramnios comme résultant de la syphilis en cas de tumeur placentaire. Il est beaucoup plus logique d'envisager l'hydramnios comme une conséquence de la tumeur elle-même. Sans doute les chorio-angiomes ne constituent pas une maladie de l'amnios, mais il est très facile de se rendre compte de l'importance des troubles circulatoires qu'ils peuvent provoquer, et d'admettre que l'amnios, véritable séreuse de l'œuf, voit sa cavité se surcharger de liquide d'exsudation tout comme une cavité péritonéale se charge de liquide d'ascite au cours des troubles circulatoires dans le système porte.

L'hydramnios est donc plutôt une conséquence de la tumeur que d'une maladie inflammatoire quelconque de l'œuf.

Bien souvent cet hydramnios n'est pas considérable, et à lire certaines observations il s'agit plus souvent d'un simple excès de liquide ; on sait combien, en clinique, ces deux termes sont dissemblables. Cependant, dans l'observation de J. Clarke, il y avait 7 litres de liquide, 6 litres 1/2 dans l'un des œufs de l'observation de Kramer, 5 litres 1/2 dans celles de Funck-Brentano et Duraute.

L'hydramnios peut être regardé comme la cause des accouchements prématurés qui sont fréquents puisque nous en relevons onze cas sur nos 59 observations complètes. Pitha en signale un cas sur les trois qu'il rapporte. Sur ces douze accouchements prématurés, deux ont eu lieu au huitième mois, sept se sont produits au septième mois et un seul au cours du sixième mois.

La mort du fœtus in utero est relativement fréquente, six cas sont signalés parmi les observations que nous citons.

Le diagnostic étiologique de ces accidents est impossible à faire pendant la grossesse. Aucun symptôme ne permet à l'accoucheur de soupçonner l'existence d'une tumeur du placenta ; et cela d'autant plus qu'une femme ayant présenté une tumeur du placenta peut très bien, au cours d'une deuxième grossesse, présenter les mêmes accidents qu'au cours de la première pour une raison totalement différente. (Observ. de Guéniot).

Il est peu probable que ces tumeurs soient cause de

décollement prématuré du placenta, aucune observation ne signale cet accident.

Quant aux hémorragies par rupture de vaisseaux tumoraux, elles peuvent être considérées comme possibles, mais n'ont pas été constatées jusqu'à présent.

On peut donc dire que ces tumeurs sont dépourvues ou presque totalement dénuées d'intérêt clinique au cours de la grossesse. Elles en ont encore moins au cours du travail.

2° Pendant le travail, nous n'avons pas relevé d'accidents notables. Il est possible cependant que ces tumeurs intra-utérines soient capables de provoquer une présentation vicieuse (notons deux épaules et un siège), des troubles dans l'évolution du mobile fœtal, ou encore d'altérer la contraction utérine par la distension de l'utérus résultant de l'hydramnios.

3° Au cours de la délivrance les tumeurs bénignes du placenta semblent jouer un rôle un peu plus intéressant. Nous avons relevé dans les cas publiés, sept hémorragies importantes ayant nécessité la délivrance artificielle immédiate. Il est très possible que ces tumeurs, surtout les grosses, modifiant par leur propre poids le mécanisme du décollement placentaire, soient la cause de ces hémorragies. L'hydramnios doit également entrer en ligne de compte dans l'étiologie des hémorragies de la délivrance en provoquant une inertie utérine.

Ces tumeurs sont aussi susceptibles d'accélérer la chute du placenta et être la cause de rétention de cotylédons ou de membranes.

Au point de vue maternel, ces tumeurs sont d'une bénignité absolue. Bénignes par elles-mêmes, d'origine purement fœtale, elles appartiennent de plus à un organe caduque, elles n'ont donc qu'un rapport très éloigné avec l'organisme maternel.

Pour l'enfant, par contre, elles ont une importance beaucoup plus sérieuse. Ces tumeurs peuvent être envisagées comme de véritables parasites fœtaux, puisqu'elles vivent aux dépens des matières nutritives réservées au fœtus, elles gênent les fonctions placentaires, elles provoquent l'hydramnios et par suite l'accouchement prématuré, voire même la mort du fœtus in utero.

A terme, les enfants sont presque toujours très petits.

On voit donc que si ces tumeurs sont d'une parfaite bénignité pour la mère, elles sont extrêmement graves pour l'enfant.

En résumé : les tumeurs bénignes du placenta sont très peu importantes en clinique et ne sont graves que par l'hydramnios qu'elles provoquent.

CONCLUSIONS

1° Les tumeurs bénignes du placenta sont presque toujours des *chorio-angiomes*.

2° Ces chorio-angiomes résultent d'une véritable néoformation de capillaires et sont tout à fait comparables aux angiomes banaux (nœvi par exemple), probablement formés aux dépens des îlots de Wolff d'une seule villosité.

3° Ce ne sont pas des formations inflammatoires, elles ne relèvent pas de la syphilis.

4° A côté de ces chorio-angiomes vrais, il existe des dégénérescences des villosités à forme angiomateuse.

5° Cliniquement, ces tumeurs sont négligeables à cause de leur extrême rareté.

6° Elles peuvent être cause d'hydramnios, et c'est par cet accident qu'elles apparaissent en clinique.

7° Elles sont d'une bénignité absolue pour la mère.

8° Elles sont d'un pronostic fœtal très sérieux.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Ackermann. — Zur normalen u. pathol. Anatom. der menschlesh. Placenta. *International Beiträge zur wissenschaftlichen Medizin. Festchrift. Rudolf Wirchow fgewidnet*, Berlin. Hirchwald, 1891. Bd 1.

Albert. — Beiträge zur Pathol. der Placenta. *Archiv. f. Gynäkol.* 1898, Bd 56, p. 144.

Alin. — *Nordisk-medinciskt Arkiv*, 1896-23, N° 4.

Auvard. — Tumeur placentaire de nature fibrovasculaire. — *Archives de Tocologie*, 1888, p. 210. — *Bulletin et Mém. Soc. d'obst. et gyn.*, Paris, 1887.

Bar-Brindeau. — Pratique de l'art des accouchements. Asselin et Houzeau, Paris 1924.

Beneke. — Ein Fall von chorion-angiome. *Verhaudl. der deut. pathol. Gesells.* Berlin 1900, S. 407. — *Przeglad lekarski*, 1901, N° 1.

Bode. — Ueber tumoren des Placenta. *Gyn. Gesellsh. zu Dresden.* Sitzungam, 11 juin 1895. — *Centralbl. f. Gynäkol.*, 1895, N° 24.

Bode und Schmorl. — Ueber tumoren des Placenta. *Archiv. f. Gynäkol*, 1898. Bd 56. Heft 1, p. 73.

Branca. — Embryologie. J.-B. Baillière, Paris 1922.

Bretschneider. — Placentartumor, *Gesells. f. Geburts.* 2. Leipzig, *Sitzung*, v. 15 juli 1901 (p. 499). — *Centralbl. f. Gynäkol.*, 1901. Bd 25, p. 1316.

Breus. — Ueber das Myxoma fibroxum der placenta. *Wien. Méd. Woche*, 1880. Bd. 40. — *Archiv. f. Gynäkol.*, 1880. Bd 15.

Brindeau et Nattan-Larrier. — Quatre cas de tumeurb énignes du placenta. *Rev mens. de Gynécol. d'Obst. et Pédiatrie*, Paris, 1808 (401-410).

Briquel. — Tumeurs du placenta (placentomes malins). Thèse de Nancy, 1903. C. Naud. Paris.

Calderini. — Tumoren der Nachgeburt. Gynäkolog. Kongress., Rome 1902. *Centralbl. f. Gynäk.*, 1902, N° 46, p. 1234.

Calderini. — Ueber einer placentartumor. *Monotschrift. f. Geb. u. Gyuäk*, Bd XXII.

Chabaud. — Voir Dupin et Chabaud.

Clarcke (J.). — Account of a tumor found in the subst. of the human placenta. *Philos. transact.*, London, 1798, II, p. 361.

Curtis et Oui. — Anatomie pathol. du polype placentaire. *Ann. de Gynécol. et d'Obst.*, Paris, 1904 (385, 419).

Danyau. — *Gazette Méd. de Paris*, 1844, p. 372.

Danyau. — Mémoire sur deux cas de tumeurs volumineuses à la face fœtale du placenta. *Journal de Chirurgie*, janvier 1844.

Debeyre. — Description d'un embryon humain de 9 millimètres. *Journal d'Anatomie et de Physiologie*, 1912, t. 78, p. 448, 515.

Delporte (Fr.). — Contribution à l'étude de la nidation de l'œuf humain. Maloine, édit. Paris, 1912.

Dersfelbe. — Beiträge zur normalen und pathol. Anatom. der menschlich. placenta. *Zeitschrift. f. Geb. u. Gyn.* Bd 30, S. 1.

Dienst. — Ueber ein capillarangiom der placenta *Allgem. med. Centralzeitung*, Jahrg 69, 1900, N° 56 (654-655).

Dienst. — Ueber den Bau u. Histogenese der placentargeschwülste. *Zeitschrift. f. Geburts. u. Gyn.* 1903, Bd. 48 p. 191.

Dienst. — Ueber placentartumoren. *Zentralb l.f. Gynäk.*, 1903, N° 7 (280-209).

Doléris. — Discussion Soc. Obst. de Paris à propos présentation de MM. Auqard et Guéniot (11 janvier 1888). *Bull. et Mém. Société obstétric. de Paris*, 1888, p. 4. — *Bull. et Mém. Société obstétric. de Paris*, 1887, p. 264.

Dupin et Chabaud. — Sarcome fasciculé du placenta. *Gazette des Hôpitaux de Toulouse*, 1889, t. III, p. 73.

Van des Feltz. — Bijdrage tot de kennis der tumoren in de placenta. *Inang. Diss. Leyden.* Arhuem, 1899.

Fenomenow. — Zur pathologie der placenta. *Archiv. f. Gynâk*,, 1880 Bd. 15.

Frassi (L.). — Ueber ein Junges meuschlichen Ei in situ. *Archiv. f. Mikr. Anat.*, t. LXX (492-505). Bonn., 1907.

Funck-Brentano et Durante. — Un cas de tumeur bénigne du placenta (Angiome placentaire). *Gynécologie*, Paris, 1908 (506-515).

Galabin. — Fibrosarcoma of Chorion. *Transact. obst.*, Society London, 1882. Vol. 24.

Galabin. — Fibrosarcoma of chorion. *Transact. obst.*, Society London, 1885. Vol. 27 (107).

Gammeltoft. — In Schickelé (*Obst. et Gyn.*, Paris 1924, N° 1).

Goodhart. — Bericht über Docteur Roper's placentartumor. *Trans. obst.*, Society London, 1877. Vol. 19.

Guéniot. — Tumeur solide du placenta, hypergenèse des éléments normaux. *Bull. mens. Soc. d'obst.*, Paris, 12 janv. 1888, IV.

Hammer. — Preparat. von myxoma fibrosum placenta. *Zentralbl. f. Gynäk*, 190, N° 19.

Harper (R.). — Tumeur du placenta renfermant les masses terreuses. *The Lancet*, 1852, vol. 1.

Hauser (H.). — Ein kapseltragendes chorio-angiom. *Beitr. z. Geburtsch u. Gynäk*, Leipzig, 1910-11. T. XVI (475-480).

Hildebrandt. — Myxoma fibrosum placentæ bei Schwangerschaft in einem uterus unicornis, *Monatschrift. f, Geburts. u. Frauenkrankl.*, 1868, Bd XXXI, p. 346.

Hœhl. — Ueber Angioma placentæ. *Méd. Ges. in Chemnitz*, 7 mai 1902. *Monats. f. Geburtschülfe u. Gynäk.*, 1902. Bd 16, Heft 12 (259).

Hofmeier. — Zur Anatomie des placente. *Archiv. f. Gynäk.*, 1889. Bd. XXXV. *Die menschliche placenta*, Wiesbaden 1890.

Hogden. — *British. Med. Journal*, 1879.

Hojnacki. — Démonstration einem seltenen Præparates von placentar fibroïden. *Medycyna*, 1901, p. 1029. *Monatschrift. f. Geburs. u. Gyuâk*, 1909. Bd 16, p. 934.

Hyrtl. — Die Blutgefœsse der menschlichen Nachgeburt. Wien, 1870.

Jung (Ph.). — *Beiträge zur fruhesten Ei.* Berlin, 1908.

Kramer. — Ueber Fibrom des Chorion. *Zeitschr. f. Geburst. u, Gynäk*, 1890. Bd., 18 (335).

Krauss (E.). — Angiom des placenta. *Zeitschrift. f. Geburst. u. Gynäk*, 1903. Bd 50, Heft 1.

Kummer. — Thèse de Strasbourg, 1911. Zur Frage der Placentartumoren. *Beitr. 2. Geburts. u. Gynïk.*, Leipzig 1910-11. t. XVI (451-461).

Labhart. — Beiträge 2. Kasuistik der placentartumor. *Beitr. 2. Geburtschülfe u. Gynäk*, 1904. Bd VII, Heft 2.

Lacassagnes et Vignes. — Tumeur bénigne du placenta. *Bull. Soc. d'Obst. et Gyn.*, Paris, 1921, N° 4, p. 208.

Lacent (Mark). — Cyst and tumor of placenta. *Obst. Society of London*, avril 1883.

Lazarewitch. — Cours d'obstétrique, Saint-Pétersbourg, 1892.

Léopold. — Ueber ein in situ befundliches jungstes menschlis. Ei von 8 Tagen. *Centralbl. f. Gynâk.*, 1896-17 (1057-1058).

Léopold. — Centralbl. f. Gynâk, 1895. N° 34. *Gyn. Gesellsch.* 2, Dresden, 11 juin 1895.

Letulle et Nattan-Larrier. — Anat. pathol. Paris, Masson,1912.

Loebl. — Bericht über die Ergebuisse der unter Leitung des Prof. Rokitanski stehenden pathol. anat. des Kraukenhauses, Marz 1844. *Zeitschrift der k. k. Gesel. der Aerzte zu Wien*, 1844.

Lœnnberg. — Ett fall. of placentatumor intrauterin blœdning hydramnios, hydrorré och fœtidig boerd. *Hygica*, 1898, N° 3.

Lohse. — Voir Mœller et Lohse.

Marduel. — Myxome du placenta. *Lyon Médical*, 1882, t. III, p. 503.

Von Mars. — Angioma myxomatodes disseminatum placenta. *Monatschrift f. Geburts. u. Gynâk.*, 1896. Bd IV, p. 229.

Merttens. — Beitrâge. z. normal. u. Pathol. Anatom. der menschlicher placenta. Ein Fall. von hyperplasie der chorion zotten *Zeitschrif. f. Geb. u. Gynâk*, 1895. Bd XXXI. *Zeitschrif. f. Geb. u. Cynâk*, 1894, Bd XXX.

Meyer (R.). — *Zentralbl. f. Geb. u. Gyn.*, 1923, p. 157.

Moeller et Lohse. — *Gyn. et Obst.*, 1920, t. I, p. 543.

Niebergall (E.). — Ueber placentargeschwülste. *Monatsch f. Geburts. u. Gynâk.*, 1897. Bd 6 (475-489).

Oberndorfer (S.). — Ein Fall von Chorion angiom. *Beitrâge f. Geb. u. Gynäk.*, 1901. Bd 5, Heft 2, p. 232.

Orloff. — Sur les tumeurs solides du placenta. *Wratsch*, 1896, N°s 50-51 (12-19 décembre). Deux angiomes du placenta. Saint-Pétersburg 1897.

Osterloh. — Capillerangiom der Placenta. *Centralbl. f. Gynâk.*, 1899, p. 1232.

Pajot. — Dicuss. Soc. Obst. de Paris à propos présentation d'Auvard (Doleris-Pajot). *Bull. et Mém. Soc. Obstétric. de Paris*, 1887, p. 234.

Paladino. — Sur la genèse des espaces intervilleux du placenta humain. *Arch. italienn. de Biologie*, t. XXXII. fas. 3, p. 8, 1899.

Paladino. — De la caduque et de sa fonction nutritive durant les premiers temps du développement. *Arch. italienn. de Biologie*, t. XXXV, fasc. 3, p. 7, 1901.

Peters. — Ueber fruheste menschl. placentation. *Monatschrift f. Geburts. u. Gynâk*, Berlin 1898, IX (41-59).

Pitha.— Des tumeurs du placenta. *Ann. de Gynécol. et d'Obst.*, Paris, 1906, p. 232-239.

Planchu. — *Bull. soc. d'obst. et Gyn.*, Paris, 1912, p. 531.

Planchu et Savy. — De la nature inflammatoire des chorio-angiomes placentaires. *Archiv. mens. d'Obst. et Gyn.*, mars 1913, p. 24.

Ribbert. — Die Entstchung der Geschwulte. *Deutsch. Med. Wochenschrif*, 1895.

Rossi-Doria. — Ueber die Einbettung des Meuschlichen Eies. Sturdirt auf einem Kleinem. Ei der Zweiten Woche. *Archiv. f. Gynâk.*, Berlin 1905, t. LXXV, p. 453-505.

Savy. — Voir Planchu et Savy).

Schickelé. — Die Angiom des menschlichen placenta. *Beitrâge* 2. *Geburts. u. Gynâk*, Bd IX, Heft 3, p. 481.

Schickelé. — Vraies et fausses tumeurs du placenta. *Gynecol et Obst.*, 1924, N° 1, p. 50.

Schmorl. — (Voir Bode und Schmorl).

Solowij.— Zur Kunntniss des pathologishen Anatom. der placenta. *Monatschrif. f. Geb. u. Gyn.*, 1902. Bd 16, Heft 4 (619-745).

Von Spee. — Neue Beobachtungen über seher fruhe. Entwickelungsstungen des Meuschlichen Eies. (*Archiv. f. Anat. u. Entwichelugsgesh.* Leipzig, 1896 (1 à 30).

Von Steinbûchel (R.). — Zwei Fœlle vom sogenauntem myxomafibrotum placentæ. *Centralbl. f. Gynàk.*, 1893, N° 25.

Storch (E.). — Fœlle v. togenauntem partiellem myxom der placenta Wirchow's Archiv. 1878. Bd LXXII, Helf 4, 582.

Tourneux. — Embryologie humaine. O. Doin, Paris, 1921.

Varon. — Société d'Obst. de France, 1908.

Williams. — Surgery Gynécologie a. obstetrics Chicago, t. XXXII N° 6, juin 1921. *Presse Médicale*, Paris 1921, N° 72, p. 719.

Wirchow. — Myxoma fibrotum placentæ. *Die Krankhaften Geschwùlte*, Bd I. p. 414.

Yamato. — Thèse de Munich, 1913.